This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.

+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.

+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.

+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

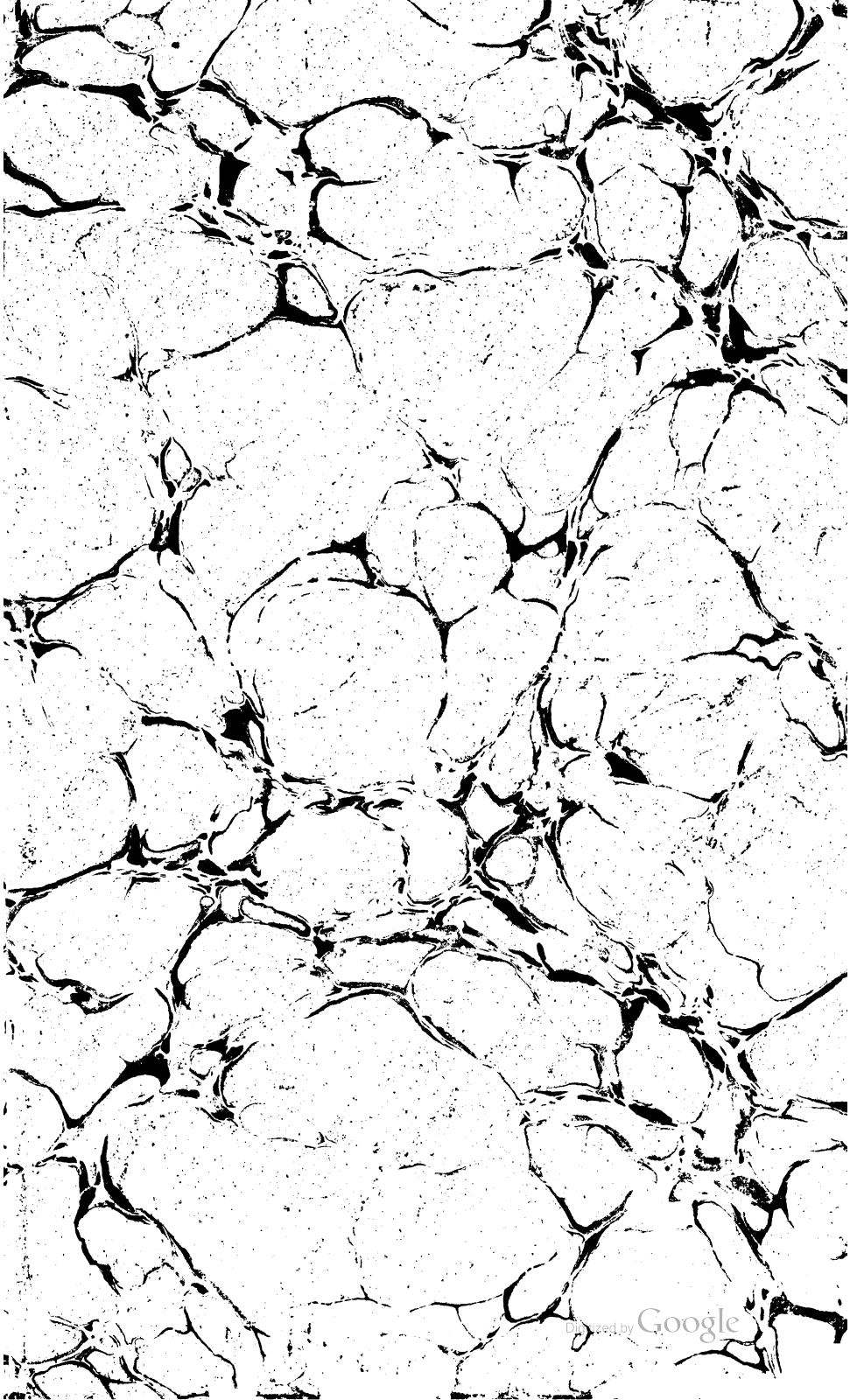
About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

No.

BOSTON
MEDICAL LIBRARY,
19 BOYLSTON PLACE.

Digitized by Google


Digitized by Google

E. M. S.

Want Memoirs.
Th. 55-60.

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

MÉMOIRES ET COMPTES-RENDUS

DE LA

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES

DE LYON

Digitized by Google

Tout ce qui concerne la correspondance, l'envoi d'ouvrages manuscrits ou imprimés, doit être adressé, franc de port, à M. le docteur Icard, secrétaire général, à Lyon, 48, rue de Lyon, ou au siége de la Société, à l'École de médecine.

Lyon, Association typographique. — Riotor, rue de la Barre, 12.

Digitized by Google

MÉMOIRES ET COMPTES-RENDUS

DE LA

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES

DE LYON

TOME XIV. — 1874.

LYON
J. P. MÉGRET, LIBRAIRE,
Quai de l'Hôpital, 57.

PARIS
P. ASSELIN, LIBRAIRE,
Place de l'École-de-Médecine.

1875

Digitized by Google

BOSTON MEDICAL
JUN 24 1897
LIBRARY.

CATALOGUED
JUN 24 1897
E. H. B.

Digitized by Google

PERSONNEL

DE LA

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES

EN MARS 1875

MEMBRES HONORAIRES

MM.

3 Août 1862. RAMBAUD, ancien médecin de l'Hôtel-Dieu, professeur à l'École de médecine de Lyon.

— ROLLET, ancien chirurgien en chef de l'Antiquaille, membre du Conseil d'hygiène et de salubrité du Rhône.

3 Janvier 1866. GLÉNARD, directeur de l'École de médecine de Lyon.

4 Juillet 1866. SALLERON, médecin principal de 1re classe, ex-médecin en chef de l'hôpital militaire de Lyon.

2 Janvier 1867. DESGRANGES, ancien chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu, professeur à l'École de médecine de Lyon.

3 Juillet 1867. VAN DEN CORPUT, médecin de l'hôpital Saint-Jean, à Bruxelles.

Digitized by Google

6 Janvier 1869. MARMY, médecin principal de 1re classe, médecin en chef de l'hôpital militaire de Lyon.

6 Juillet 1870. P. PIDAY, ex-chirurgien en chef de l'Antiquaille.

8 Juillet 1871. BOUCHACOURT, professeur à l'École de médecine.

— L. GUBIAN, médecin inspecteur aux eaux de La Motte.

2 Juillet 1872. Ch. CHABALIER, à Saint-Irénée, près Lyon.

6 Janvier 1875. L. LORTET, professeur à l'École de médecine et à la Faculté des sciences de Lyon.

MEMBRES TITULAIRES

3 Avril 1861. A. BERNE (fondateur), ancien chirurgien en chef de la Charité, professeur suppléant à l'École de médecine de Lyon.

— J. BINET (fondateur), médecin de l'asile privé de Champvert, à Lyon.

— A. BONDET (fondateur), médecin de l'Hôtel-Dieu, professeur suppléant à l'École de médecine.

— G. BORIN (fondateur), docteur en médecine, membre de la Société littéraire de Lyon.

Digitized by Google

3 Avril 1861. F. BRON (fondateur), ancien chef de clinique chirurgicale à l'École de médecine.

— V. BOUCAUD (fondateur), médecin de l'Hôtel-Dieu.

— T. BOUSSUGE (fondateur), docteur en médecine.

— E. CARRIER (fondateur), docteur en médecine.

— A. CHAUVEAU (fondateur), professeur à l'Ecole vétérinaire de Lyon, correspondant de l'Académie de médecine.

— CHADEBEC (fondateur), docteur en médecine.

— E. COUTAGNE (fondateur), médecin adjoint des prisons.

— H. DEBAUGE (fondateur), ancien chef de clinique obstétricale à l'École de médecine.

— X. DELORE (fondateur), ancien chirurgien en chef de la Charité, professeur suppléant à l'Ecole de médecine.

— A. DOYON (fondateur), médecin inspecteur des eaux d'Uriage.

— A. DRON (fondateur), chirurgien en chef de l'Antiquaille, ancien prosecteur à l'École de médecine.

— B. DUPUY (fondateur), médecin de l'hospice du Perron et de l'asile Sainte-Eugénie.

— A. FAVRE (fondateur), médecin de la Compagnie du chemin de fer Paris-Lyon-Méditerranée.

Digitized by Google

3 Avril 1861. A. GAILLETON (fondateur), chirurgien de l'hôpital annexe des Chazeaux.

— A. GAYET (fondateur), ex-chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu, professeur suppléant à l'Ecole de médecine.

— F. GUYÉNOT (fondateur), ex-médecin de l'Hôtel-Dieu, médecin consultant aux eaux de Salins (Jura).

— J. ICARD (fondateur), docteur en médecine.

— E. LÉTIÉVANT (fondateur), chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu, professeur adjoint à l'École de médecine.

— F. LEVRAT (fondateur), médecin du Dispensaire général.

— L. MEYNET (fondateur), médecin de l'Hôtel-Dieu.

— P. MEYNET (fondateur), médecin de la Charité, ancien chef de clinique obstétricale.

— L. OLLIER (fondateur), ex-chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu, correspondant de l'Institut.

— L. PERROUD (fondateur), médecin de la Charité, ancien chef de clinique médicale.

— E. PONCET (fondateur), médecin du Dispensaire général, ancien préparateur de chimie à l'École de médecine.

— J. PRAVAZ (fondateur), directeur de l'établissement orthopédique de Lyon.

Digitized by Google

3 Avril 1861. Z. PUPIER (fondateur), médecin consultant aux eaux de Vichy.

— P. TALLON (fondateur), docteur en médecine.

19 Mars 1862. E. CONCHE (ancien membre adjoint), docteur en médecine.

13 Août 1862. L. SÉRULLAZ, ancien chef de clinique chirurgicale à l'École de médecine.

15 Juillet 1863. R. TRIPIER (ancien membre adjoint), médecin de l'Hôtel-Dieu, ancien chef de clinique médicale.

— O. MAYET, médecin de l'Hôtel-Dieu, ancien chef de clinique médicale, ancien préparateur de chimie à l'École de médecine.

6 Janvier 1864. L. LAROYENNE, chirurgien en chef de la Charité.

6 Juillet 1864. A. VIENNOIS, docteur en médecine.

4 Janvier 1865. M. CHASSAGNY, docteur en médecine.

— L. GIGNOUX, médecin de l'Hôtel-Dieu, ancien prosecteur à l'École de médecine.

— H. SOULIER, médecin des hôpitaux, ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris.

5 Juillet 1865. F. SAINT-CYR, professeur à l'École vétérinaire.

10 Janvier 1866. M. HORAND (ancien membre adjoint), chirurgien en chef désigné de l'Antiquaille.

4 Juillet 1866. J. POULLET (ancien membre adjoint), docteur en médecine.

Digitized by Google

27 Mars 1867. P. MARDUEL (ancien membre adjoint), ancien chef de clinique obstétricale.

18 Mai 1867. A. BIANCHI (ancien membre adjoint), ancien chef de clinique médicale.

19 Juin 1867. L. TRIPIER (ancien membre adjoint), professeur d'anatomie à l'École des beaux-arts.

3 Juillet 1867. F. PEUCH, chef de service à l'École vétérinaire.

10 Juillet 1867. J. SHAACK (ancien membre adjoint), médecin des hôpitaux.

18 Décembre 1867. P. AUBERT (ancien membre adjoint), chirurgien en chef désigné de l'Antiquaille.

— J. FONTAN (ancien membre adjoint), ancien prosecteur à l'École de médecine.

28 Octobre 1868. E. CLÉMENT (ancien membre adjoint), médecin des hôpitaux.

18 Novembre 1868. E. FRANÇAIS (ancien membre adjoint), médecin des hôpitaux.

6 Janvier 1869. J. PÉTEAUX, chef de service à l'École vétérinaire.

24 Mars 1869. J. DRIVON (ancien membre adjoint), docteur en médecine.

7 Juillet 1869. H. BRAVAIS (ancien membre adjoint), docteur en médecine.

26 Janvier 1870. P. LAURE (ancien membre adjoint), médecin des hôpitaux.

Digitized by Google

29 Juin 1870. A. PAILLASSON (ancien membre adjoint), docteur en médecine.

5 Juillet 1871. E. JACQUET, ex-chef de clinique obstétricale.

18 Octobre 1871. P. COLRAT (ancien membre adjoint), médecin des hôpitaux.

8 Novembre 1871. H. COUTAGNE (ancien membre adjoint), chef de clinique médicale.

13 Novembre 1871. H. MOLLIÈRE (ancien membre adjoint), médecin des hôpitaux.

— D. MOLLIÈRE (ancien membre adjoint), chirurgien en chef désigné de l'Hôtel-Dieu.

13 Mars 1872. L. PATEL, docteur en médecine.

12 Juin 1872. E. CHAMBARD, docteur en médecine.

8 Janvier 1873. A. FOCHIER, chirurgien en chef désigné de la Charité.

— J. GAYAT, médecin oculiste.

— E. GRANDCLÉMENT, docteur en médecine.

10 Décembre 1873. L. JULLIEN (ancien membre adjoint, chef de clinique chirurgicale.

1er Juillet 1874. A. ALIX, médecin principal, chef de service à l'hôpital militaire.

29 Juillet 1874. A. PONCET (ancien membre adjoint), docteur en médecine.

Digitized by Google

MEMBRES CORRESPONDANTS

13 Août 1862.	LAFAURIE.....	au Havre.
—	HUGUES	à Nice.
—	DARDEL	à Aix-les-Bains.
29 Octobre 1872.	CARRE.....	à Avignon.
25 Février 1863.	GAMET	à Givors.
27 Mai 1863.	VILLARET	à Paris.
21 Octobre 1863.	CHARVET.....	à Vienne.
5 Novembre 1863.	CORPORANDY.....	à Nice.
23 Décembre 1863.	TALICHET.....	à Roanne.
6 Juillet 1864.	BELHOMME	à Paris.
—	A. MARTIN.....	à Paris.
7 Décembre 1863.	NODET	à Heyrieux.
26 Avril 1865.	JUDÉE.....	à l'armée.
5 Juillet 1865.	BARELLA.....	à Marche-les-Écaussines.
—	CHEVANDIER.....	à Die.
8 Novembre 1865.	BONHOMME.....	à Saint-Étienne.
27 Décembre 1865.	BONNEFOUS.....	à Rodez.
3 Janvier 1866.	CORNIL	à Paris.
14 Mars 1866.	RONDET.....	à Miribel.
4 Juillet 1866.	BOUYER	à Amélie-les-Bains.
—	BONAFOS.....	à Perpignan.
27 Janvier 1867.	PERRET.....	à Amplepuis.
6 Février 1867.	DE DARVIEU	à Marseille.
3 Juillet 1867.	BONNAUD	à l'armée.
—	ZURKOWSKI	à Schinznach.
30 Octobre 1867.	ROUBY.....	à Dôle.
3 Janvier 1868.	BENNI.....	à Varsovie.
8 Janvier 1868.	TUREL.....	à Grenoble.
15 Avril 1868.	BOUCHARD.....	à Paris.
—	LASSALLE	à Villefranche.

Digitized by Google

1er Juillet 1868.	G. Ménard.....	à Feurs.
—	Richelot	à Paris.
16 Décembre 1868.	Merle	à Saint-Étienne.
7 Juillet 1869.	Bergeret.....	à Saint-Étienne.
1er Décembre 1869.	Arloing	à Toulouse.
23 Mars 1870.	A. Nodet	à Bourg.
—	Durand	à Rodez.
6 Juillet 1870.	Coutaret.....	a Roanne.
5 Avril 1871.	Labonnardière ...	à Grenoble.
—	Macario.....	à Nice.
3 Janvier 1872.	Barudel.....	à Vichy.
23 Octobre 1872.	Sésary	à Alger.
4 Décembre 1872.	Leriche	à Mâcon.
2 Juillet 1873.	Gimbert.....	à Cannes.
—	Cornevin.....	à Montigny-le-Roy.
—	Massot	à Perpignan.
7 Janvier 1874.	Alvin	à Feurs.
14 Janvier 1874.	Lubanski	à l'armée.
6 Janvier 1875.	Lépine	à Paris.

MEMBRES ADJOINTS

MM. Cartaz, interne des hôpitaux de Paris.
Favier, ancien interne des hôpitaux de Lyon.
F. Glénard, interne des hôpitaux de Lyon.
Dutrait, — —
E. Vincent — —

Digitized by Google

MEMBRES DÉCÉDÉS

Bertolus (membre fondateur), décédé le 22 juillet 1864.
Rayer (membre honoraire), décédé le 10 septembre 1867.
Gaillard (membre titulaire), décédé le 16 décembre 1867.
Barrier (membre honoraire), décédé le 9 juillet 1870.
Morin (membre titulaire), décédé le 21 janvier 1871.
Bonneseur, (membre correspondant), décédé le 17 mai 1871.
Christôt (membre titulaire), décédé le 24 décembre 1871.
Genaudet (membre correspondant), décédé en 1871.
Chatin (membre honoraire), décédé le 6 janvier 1873.
Chauvin (membre fondateur), décédé le 15 janvier 1873.

Digitized by Google

COMPOSITION DU BUREAU

Pour l'année 1873-1874.

Président	Laroyenne.
Vice-président.....	Dupuy.
Secrétaire général	Icard.
Secrétaires annuels....	Colrat.
	Patel.
Trésorier	Bianchi.
Archiviste	Marduel.

COMPOSITION DU BUREAU

Pour l'année 1874-1875.

Président.....	Dupuy.
Vice-président	Bron.
Secrétaire général	Icard.
Secrétaires annuels	Fochier.
	Coutagne (H.)
Trésorier.....	Bianchi.
Archiviste.....	Marduel.

Comité de Publication :

MM. Aubert, Icard, Coutagne (H.,) Laroyenne, Fochier, Perroud, R. Tripier.

Commission de Présentation :

MM. Bianchi, Conche, Gayet. Marduel, Soulier.

Digitized by Google

Digitized by Google

PREMIÈRE PARTIE.

MÉMOIRES

Digitized by Google

Digitized by Google

L'HYGIÈNE OCULAIRE

DANS LES ÉCOLES ET DANS LA VILLE DE LYON

PAR M. J. GAYAT.

BOSTON MEDICAL LIBRARY JUN 24 1897

Il y a quelques années, j'avais commencé à relever, sur les livres de clinique du docteur de Wecker, les cas de réfraction qui étaient venus réclamer des soins. C'était dans l'idée d'arriver à des résultats statistiques dont j'ai été éloigné par la variété des professions et la diversité des pays d'origine. A Lyon, au milieu d'une population plus compacte, moins cosmopolite qu'à Paris, et dont la plus grande partie est occupée aux diverses branches d'une industrie presque locale, j'ai entrepris les mêmes études avec l'espoir d'arriver plus facilement au but que je me proposais, c'est-à-dire : 1° rechercher l'influence des occupations habituelles sur les divers états de réfraction et sur les maladies de l'œil ; 2° étudier les améliorations hygiéniques qu'on peut opposer à cette influence (1).

Le principal entre les défauts de réfraction, celui qui conduit le plus souvent les malades à réclamer nos soins et qui se complique fréquemment d'altérations sérieuses des membranes profondes de l'œil, est sans contredit la myopie. Certains pays, certaines classes sociales en sont atteints dans des proportions qui font de ce défaut un véritable fléau, et si

(1) Un regretté confrère, le docteur Chatin, qui a fait une remarquable étude sur la *Phthisie des tisseurs et des dévideuses*, nous avait déjà poussé à la publication du travail actuel, dont l'achèvement complet demanderait de longues années d'observation portant sur les mêmes individus dont nous avons les noms et l'adresse.

Digitized by Google

l'opinion qui fait presque exclusivement découler la myopie des habitudes de la vie civilisée venait à se confirmer, nous aurions à craindre de la voir se généraliser dans tous les rangs de la population et dans tous les pays.

En dehors des prédispositions tenant à l'individu et à la race, il est admis comme certain que les occupations délicates et longtemps soutenues de la vue, qu'un climat brumeux, qu'un mauvais éclairage pendant le travail, favorisent le développement et l'accroissement de la myopie. L'Allemagne presque tout entière en fournit la preuve, les grandes villes d'Angleterre également, et à première vue nos grandes villes de France semblent apporter la confirmation de cette opinion.

Je mentionne également l'hypermétropie et l'astigmatisme comme des défauts de réfraction qu'il faut étudier ; mais leur étude hygiénique a surtout pour but la recherche des maladies secondaires auxquelles ils peuvent donner naissance (asthénopie, strabisme, blépharites, etc.) Frappé du nombre relativement considérable d'adultes qui réclamaient mes soins pour des défauts de réfraction, j'ai cherché à savoir si parmi les enfants je trouverais déjà les éléments de cette grande proportion. L'exemple m'en avait été donné.

MM. Cohn à Breslau, Erismann à Saint-Pétersbourg, ont publié depuis cinq ou six ans, sur ce sujet, des recherches qui portent sur plusieurs milliers d'enfants. Un entrefilet de journal politique ayant annoncé que des travaux analogues avaient été faits dans les écoles de Paris, j'ai vainement cherché la confirmation de cette nouvelle dans les recueils scientifiques ; en outre, au ministère de l'instruction publique, à la direction de l'hygiène des écoles, il m'a été affirmé qu'aucune autorisation n'avait été demandée pour un travail de ce genre et qu'aucun résultat n'était arrivé à la connaissance de l'administration. On ne connaît donc, chez nous, que des statistiques peu nombreuses, portant sur des promotions à l'École polytechnique ou à l'École du service de santé de Strasbourg.

Mais l'examen des jeunes gens de cet âge ne permet de

Digitized by Google

constater que le fait accompli; il ne fait point connaître l'influence que les études préparatoires ont exercée sur leurs défauts de vision. Il est donc besoin de commencer ces recherches à partir du moment où l'enfant entre dans les écoles pour les poursuivre jusqu'à un âge plus avancé.

Le règlement de quelques écoles spéciales, la jurisprudence actuellement en vigueur des conseils de révision prononcent l'exemption ou l'exclusion pour certains défauts de la vue qui, dans la science, sont réputés comme étant le résultat d'un mauvais maintien de l'élève, d'une construction vicieuse des tables ou d'un éclairage défectueux. Certaines occupations industrielles, les emplois dans la navigation ou sur les voies ferrées, le service militaire obligatoire, réclament la perfection de la vue et demandent à la science les moyens de l'acquérir ou de la conserver.

Le but de ce travail me semble dès lors suffisamment justifié.

M. le recteur, M. l'inspecteur d'Académie m'ont autorisé à visiter les établissements d'instruction soumis à leur contrôle. Pour les écoles primaires, M. l'inspecteur d'Académie dut demander l'assentiment de l'autorité préfectorale qui fut accordé sous la réserve formelle *qu'on ne ferait usage, pour l'examen, d'aucun agent médicamenteux.* C'est dans ces mêmes conditions qu'Erismann avait dressé ses tableaux statistiques; Cohn également avait examiné la presque totalité des enfants de la même façon, et ce n'est qu'en dernier lieu qu'il put employer l'atropine, sur 240 écoliers villageois seulement, et grâce à un concours de circonstances exceptionnelles que, pour notre part, nous craignons bien de ne jamais rencontrer dans notre pays.

On comprendra facilement que sans la paralysie artificielle de l'accommodation il n'est pas toujours possible, d'après l'examen de la fonction de l'œil et à l'aide des méthodes ophthalmoscopiques de l'image droite et de l'image renversée, de découvrir certains degrés peu élevés d'hypermétropie, chez des enfants du reste bien portants; les faibles degrés

Digitized by Google

de myopie eux-mêmes peuvent nous échapper dans ces cas, et être confondus avec des degrés correspondants d'hypermétropie, défaut qui, le plus souvent, ne devient manifeste que chez les enfants affaiblis, anémiés, quand il a produit l'asthénopie, l'insuffisance des droits internes, la déviation passagère ou définitive des axes visuels (strabisme).

On devine cependant les inconvénients que présentait l'emploi de l'atropine chez des enfants qui, par eux-mêmes ou par leurs parents, n'auraient pas manqué d'exagérer le trouble apporté pour quelques jours à la fonction de leur vue, et M. Cohn peut se féliciter d'avoir échappé aux ennuis et même aux poursuites que semblable pratique aurait suscités à un médecin de notre pays.

Voici comment j'ai procédé à l'examen : Le maître invitait à se faire connaître les enfants qui avaient à se plaindre de leur vue, ce moyen me fournissait le plus grand nombre de cas à examiner ; ensuite on leur faisait faire un exercice d'écriture; je notais alors tous ceux dont le maintien m'apparaissait défectueux ou m'était signalé comme tel par le professeur ; en outre, un grand nombre d'enfants non compris dans les deux premières notations étaient pris au hasard ou sur la demande du maître en vue d'un examen. Enfin, comme tout ce travail nécessitait plusieurs séances, il est arrivé que dans l'intervalle les enfants avaient essayé leur vue, en fermant alternativement un œil, et que s'étant aperçus d'un défaut, ils se faisaient inscrire d'eux-mêmes. Il faut ajouter que j'ai rencontré là plusieurs enfants conduits antérieurement à mon dispensaire pour maladie de l'œil et que j'ai sur eux des notes aussi complètes qu'on peut les avoir après des investigations souvent répétées et dans un local approprié à ce but.

En prenant toutes ces précautions, j'ai donc grande chance de connaître presque toutes les vues défectueuses, et l'erreur, s'il y en a, doit être minime.

Cohn avait procédé d'une façon analogue en faisant faire un premier choix de vues normales et en réservant pour l'examen détaillé qu'il pratiquait lui-même les 6/10 du chiffre total

Digitized by Google

de sa statistique. Comme les auteurs cités, je me suis contenté de noter l'amétropie à partir de 1/48; les cas de 1/60 sont déjà d'une détermination trop douteuse chez de jeunes enfants et dans les conditions où j'opérais.

J'ai divisé l'amétropie en faible, en moyenne et en forte comme il est admis pour simplifier l'exposé statistique.

L'examen était complété par l'épreuve de lecture à l'aide des échelles graduées de Snellen ; avec la série des verres d'essai, j'arrivai assez vite à la détermination des degrés de myopie, mais pour l'hypermétropie il m'a fallu repéter et prolonger les examens; dans ces cas, à défaut d'atropine, il était besoin de confirmer chaque donnée par l'examen ophthalmoscopique à l'image droite et à l'image renversée, encore ne puis-je donner les chiffres d'hypermétropie qu'à une approximation assez large ; il va sans dire que tous les enfants ainsi choisis ont été examinés avec le miroir oculaire, ce qui porte le chiffre des examens complets à près de 600.

1588 enfants, compris entre l'âge de six et quatorze ans, parmi lesquels se trouvent 483 filles et examinés de la façon indiquée ont donné 160 cas d'amétropie (1).

J'insiste aussitôt pour faire remarquer que l'énorme différence entre le chiffre total des enfants et le chiffre des amétropes est loin d'exprimer le nombre des vues normales, pour les raisons déjà indiquées et pour celles que j'aurai à faire connaître dans la suite.

1,105 garçons ont fourni 44 myopes et 80 hypermétropes.
483 filles ont donné 8 myopes et 28 hypermétropes.

Ces chiffres se décomposent de la façon ci-dessous :

1° *Pour les* 52 *myopes* :

38 myopies faibles, depuis 1/48 jusqu'à 1/16.

(1) Les recherches ont été faites dans les écoles de MM. Ruffart, Desrayaux, Raquin, Declairieux, Triboulet, Baton, Ménétrier, etc.; Mmes Motte-Roze, Marchizat, Desrayaux, dans les quartiers de la Guillotière, des Brotteaux et de la Croix-Rousse.

Digitized by Google

9 myopies moyennes, depuis 1/16 jusqu'à 1/8.
5 myopies fortes, depuis 1/8 et au-dessus.

2° *Pour les* 108 *hypermétropies* (H. t. H. m. et H. f. cumulativement (1).

98 hypermétropies faibles.
6 hypermétropies moyennes.
4 hypermétropies fortes.

Trois enfants, manifestement myopes d'un côté, étaient hypermétropes ou emmétropes de l'autre.

En dehors de ces vices amétropiques, j'ai rencontré des cas de strabisme qui en sont certainement la conséquence; les autres déviations de l'œil m'ont semblé se rattacher à des taches cornéennes assez nombreuses.

Il s'est présenté 35 cas d'inflammation des paupières, presque toujours accompagnés de manifestations scrofuleuses de la face et du cou (eczéma, adénite); une dizaine étaient atteints de variétés de granulations avec changements presque nuls dans la disposition des cils et dans la conformation du tarse. Une seule cornée s'est rencontrée avec pannus granuleux. 40 garçons choisis au hasard parmi la totalité et examinés avec les papiers colorés d'Heidelberg, n'ont pas accusé de défaut et ont vite réparé quelques erreurs de dénomination.

Ce détail est en contradiction avec ce que me racontait naguère un confrère lyonnais, mais il s'accorde avec l'assertion de Cohn, qui n'a jamais observé la cécité pour les couleurs parmi 480 yeux d'enfants.

Le sujet de ce travail m'interdit de signaler les autres particularités observées qui ne se rattachent pas directement à l'hygiène. En voici cependant quelques-unes des plus remarquables :

J'ai remarqué deux cas de fibres nerveuses à double contour disposées par grandes flammèches, bien au-delà de la papille;

(1) Ces abréviations correspondent H. t. à hypermétropie totale, H. m. à h. manifeste, H. f. à h. facultative.

Digitized by Google

un cas de cataracte zonulaire double ; une rétinite pigmentaire ; un cas de cataracte pyramidale sur un œil, avec débris de la membrane pupillaire sur l'autre; un coloboma mono-latéral de la choroïde empiétant comme un coin sur le disque papillaire.

La proportion d'enfants myopes est à peu près la même et fort peu supérieure, en tout cas, à celle trouvée dans d'autres pays ; le degré moyen est assez élevé, et je me serais défié de mes résultats si l'amélioration par les verres d'essais, de larges staphylômes (lésion que certains nient chez les enfants), l'indication fournie par les enfants du numéro des verres portés par leurs parents ou par leurs frères, si toutes ces raisons n'étaient pas venues me rassurer sur la valeur de l'examen. J'ai également vu plusieurs myopies très-fortes (l'une de 1/5) sans staphylôme postérieur ; un enfant de Saint-Etienne, âgé de cinq ans, soigné ici par deux confrères, se trouve dans la même condition, et me rappelle un cas remarquable observé récemment à l'hôpital militaire chez un soldat atteint de M = 1 4 1/2 et que, en l'absence du staphylôme caractéristique, on accusait de simulation.

Parmi la totalité des enfants se trouvaient deux cas de kératoconus mono-latéral très-évident et trois cas d'astigmatisme *considérable*, manifestement appréciable à l'ophthalmoscope.

Le chiffre 108 est assurément loin de représenter la totalité des hypermétropies ; bien que MM. Cohn et Erismann l'aient fait, j'ai souvent hésité à ranger sous la rubrique hypermétropique des cas légers d'*hypermétropie facultative* accusée par de jeunes enfants qui, munis d'un verre convexe très-faible, ne trouvaient pas de différence dans la façon dont ils lisaient les échelles de Snellen avec ou sans son secours.

D'ailleurs, à en juger par la conformation de leur face et de leurs yeux, je crains beaucoup d'avoir rangé parmi les emmétropes plusieurs enfants qui, d'après le mode d'examen qui m'a été interdit, se seraient probablement montrés hypermétropes. Cohn rapporte en effet que, sur 119 cas d'emmétropie

Digitized by Google

apparente, tous, à part un, étaient hypermétropes après l'emploi de l'atropine.

Dans les établissements d'instruction secondaire, j'ai dû différer jusqu'à plus tard l'examen de la totalité des élèves ; la façon dont j'ai procédé pour les écoles primaires m'a fait redouter l'emploi d'un temps plus considérable que celui dont je dispose ; et je ne pouvais pas prendre sur moi de poursuivre, pendant plusieurs années, l'examen d'un nombre plus élevé d'enfants que celui que j'ai cité.

Trente-six collégiens de divers établissements sont venus spontanément me consulter ; 11 étaient hypermétropes, les autres myopes ; tous étaient déjà avancés dans leurs études. Ces trente-six cas vont, au reste, se retrouver dans la statistique qui suit parmi les malades de la ville.

Je relève, à la suite les uns des autres, un chiffre de mille malades, moitié sur le livre d'observations de mon dispensaire pour les pauvres, moitié sur le livre d'observations de mon cabinet pour les gens plus aisés. Parmi ces mille malades, ne sont pas comptées les personnes de passage à Lyon ni celles que je sais d'une façon certaine l'habiter depuis peu.

Ces mille malades, compris entre l'âge de six et de soixante-quinze ans, et parmi lesquels se trouvent 338 femmes, ont donné 231 cas de réfraction, qui se décomposent en 149 myopes et 82 hypermétropes. Il va sans dire que je ne compte point parmi eux les cas de presbytie simple.

Au point de vue de la profession les myopes se répartissent ainsi qu'il suit :

Collégiens et lycéens	25
Docteurs en médecine, pharmaciens, étudiants	24
Professeurs, gens de bureau	17
Négociants et employés de soierie	26
Couturières, faiseuses de dentelles, gantières	15
Graveurs, typographes	14
Tisseurs	4

Digitized by Google

Mécaniciens pour fabrique, monteurs, ajusteurs....	6
Dessinateurs pour fabrique.....	8
Dévideuses, liseuses, ourdisseuses, monteuses.....	10
	149

Les 231 d'amétropie se décomposent de la façon suivante :

1° *Pour les* 149 *myopes.*

36 myopies faibles.
63 myopies moyennes.
50 myopies fortes.

2° *Pour les hypermétropes* (H. m. et H. f. cumulativement).

42 hypermétropies faibles.
28 hypermétropies moyennes.
12 hypermétropies fortes.

Huit adultes étaient fortement myopes d'un côté et beaucoup moins de l'autre ; 4 d'entre les myopes étaient hypermétropes ou emmétropes de l'autre œil.

De la classification de l'hypermétropie d'après les professions, il ressort qu'elle se montre le plus souvent chez les jeunes apprenties de divers métiers, couturières, modistes, à l'époque de la puberté et chez les collégiens.

Il saute aux yeux que les professions libérales fournissent le plus grand nombre de myopes, à commencer par les collégiens ; on voit que les étudiants de toute sorte, les docteurs en médecine, les professeurs, les employés de bureau constituent beaucoup plus d'un tiers du total 149. Si jamais l'influence des occupations habituelles s'est fait sentir, c'est bien dans toute cette catégorie d'individus qui ont passé la période de leur vie où s'achève le développement de l'organisme, dans des travaux d'études assidus et dans des veilles qui trop souvent intéressent d'autres fonctions encore que celles de la vue.

Digitized by Google

Il ne resterait qu'un point à établir nettement : il faudrait pouvoir délimiter la part qui revient aux prédispositions congénitales et à l'hérédité dans le développement de ce défaut de la vue ; mais quelque grande qu'on fasse cette part, il suffit d'écouter le récit de ceux qui se sont vus forcés de rapprocher davantage les objets de leur travail ou d'augmenter le numéro des verres qu'ils ne portaient que par intervalle, pour être convaincu de l'aggravation que certains travaux et que certaines conditions hygiéniques apportent généralement dans le degré de la myopie.

Les négociants et employés de soierie ont fourni 26 myopes. Pour le plus grand nombre d'entre eux, il est plausible d'invoquer l'influence d'une scolarité prolongée, mais pour quelques-uns il faudra faire intervenir les occupations habituelles comme cause aggravante d'un état de réfraction congénital ; après tout, les uns et les autres ont dû étudier la théorie des tissus, compter le nombre des fils, faire les écritures dans des bureaux mal éclairés. Pour les dessinateurs, le fait est aussi bien démontré qu'il l'est pour les graveurs, les couturières, gantières, etc., et je ne m'arrête pas à l'établir.

La trop grande brièveté de portée de vue du myope est peut-être la raison qui peut expliquer pourquoi je n'ai rencontré que quatre myopes parmi les tisseurs, et encore ne l'étaient-ils qu'à un degré peu marqué, entre 1/18 et 1/36. En effet, le tisseur applique constamment sa vue sur un point qui est situé à plus de 30 ou 33 centimètres ; il ne souffre même pas d'un léger degré d'hypermétropie.

Des diverses autres professions, je ne dirai rien qu'on ne puisse trouver dans les ouvrages d'ophthalmologie, à l'exception des dévideuses. Celles-ci, au contraire, et d'après leur propre récit, auraient été myopes auparavant, et j'ai tout lieu de le croire. J'ai entendu conseiller et j'ai conseillé moi-même à plus d'une jeune apprentie tisseuse qui ne faisait point de progrès, de choisir cette autre profession à cause d'un défaut de vue qu'on ne pouvait pas guérir complètement.

J'ai étudié bon nombre de cas d'hypermétropie manifeste chez des apprentis des deux sexes qui accusaient les symptô-

Digitized by Google

mes caractéristiques de l'asthénopie musculaire et de l'insuffisance des droits internes. Si chez certains l'état d'anémie et d'affaiblissement en rendait compte, chez d'autres bien portants il était évident que c'était bien un défaut de réfraction qu'on avait à traiter, et la paralysie de l'accommodation que je pouvais alors produire l'établissait parfaitement.

Parmi les tisseurs, j'ai rencontré deux anciens opérés de Bonnet, tous les deux hypermétropes et qui avaient subi la section des deux droits internes. L'un avait été opéré à droite et à gauche dans la même séance, et il lui restait une insuffisance assez marquée du mouvement en dedans avec un peu de strabisme alternant. L'autre m'avait été indiqué par M. le docteur Soulier ; bien qu'un peu moins étranges que chez le premier, les mouvements de ses yeux myotomisés n'avaient rien de l'harmonie qu'on obtient aujourd'hui par la ténotomie prudente et faite en temps opportun.

Parmi les 1,000 malades se trouvent 73 irido-choroïdites, 12 chez les hommes, le reste chez les femmes ; celles-ci sont dévideuses, passementières, couturières, etc. ; beaucoup ont dû quitter une position plus lucrative à cause d'une mauvaise vue dans le développement de laquelle les affections de l'utérus, conséquences habituelles de la vie sédentaire, ont joué le plus grand rôle ; cette loi de coïncidence est déjà établie entre les maladies de l'utérus et de l'appareil irido-choroïdien.

Des 55 cataractes qui se sont présentées, 13 seulement se rencontrent chez des personnes âgées de plus de soixante ans ; les autres existent chez des femmes entre quarante et cinquante ans ; c'est la conséquence des faits signalés plus haut.

Sur 173 catarrhes conjonctivaux, 18 se sont montrés chez des apprêteurs, chauffeurs ou cylindreurs. D'après le récit des ouvriers et d'après ce que j'avais éprouvé moi-même en entrant dans les ateliers ou bien en en sortant, je crois en trouver la cause dans la température élevée des étuves, dans les fuites de vapeur, dans l'emploi des fumées de soufre pour le

Digitized by Google

blanchiment des tissus et surtout dans les courants d'air (1).

La plupart des cas de blépharite observés est liée aux troubles de la réfraction et de l'accommodation; la majeure partie s'accompagne de troubles d'excrétion des larmes; je dois ajouter que l'influence de certaines professions qui s'exercent au grand air et dans la poussière rend parfaitement compte des autres cas.

Des 64 blépharo-conjonctivites granuleuses, un grand nombre (44) existaient chez des adultes qui, pour cette raison, avaient dû quitter des occupations trop applicantes; des cas moins avancés se sont souvent rencontrés (au nombre de 20) chez des apprentis vivant en commun, dans des chambres étroites, mal ventilées, etc., dans les conditions les plus favorables au développement de la contagion, abstraction faite de l'influence de leur profession (2).

Si les noms d'atrophie papillaire et rétinienne se rencontrent ici, c'est seulement pour signaler un fait curieux et peut-être attribuable à des causes locales, bien qu'il soit déjà connu. Je mentionne entre tous un contre-maître et un ouvrier teinturiers qui, avec une vue assez imparfaite pour les empêcher de marcher seuls le soir, peuvent néanmoins reconnaître encore les nuances délicates de la teinture et appa-

(1) Voyez un récent numéro du *Lyon Médical*, 1er février 1874. M. Ach. Dron, dans un travail relatif aux *Dangers de l'emploi de l'alcool méthylique dans l'industrie*, décrit une forme de conjonctivite qui se rattache manifestement à l'actien des émanations de cet alcool sur les muqueuses. C'est peut-être l'étiologie de plusieurs de nos cas.

(2) Quelque considérables que soient ces chiffres, ils sont encore inférieurs à ceux qu'on a observés dans certains milieux industriels où l'état granuleux des paupières se rencontre à l'état d'endémie; en étudiant l'action des atmosphères poudreuses et des petits corps étrangers sur la conjonctive et les paupières, j'ai visité quelques ateliers de moulinage et de blanchisseuses d'où m'est venu près d'un tiers des malades compris dans le chiffre de 74. Neuf personnes seulement, dans tout ce nombre, appartiennent à la classe des malades payants, et parmi eux se trouve un ancien contre-maître d'une filature de bourres de coton et de soie. Il ne faut pas perdre de vue qu'il s'agit d'un chiffre de malades venus pour réclamer des soins et non point d'individus pris au hasard dans la population saine.

Digitized by Google

reiller parfaitement, disent-ils, leurs échantillons ; l'examen avec les papiers colorés ne fournit aucune indication sur l'état avancé de leur atrophie, et à part de rares exceptions, j'ai constaté le même fait chez des négociants atteints d'intoxication alcoolique ou nicotique, incapables de tenir leurs écritures, mais pouvant encore faire la vente et l'expédition, sans se tromper sur la nuance. Il serait impossible de ne pas voir là un effet remarquable des occupations habituelles sur le développement exagéré d'un sens, si tant est qu'il existe un sens chromatique spécial, d'après l'opinion de plusieurs.

Il n'y a pas à comparer, me dira-t-on, le chiffre des amétropies noté parmi les malades d'un dispensaire gratuit et dans les écoles populaires avec celui des malades pris dans la clientèle riche et dans les écoles d'un ordre plus élevé. Telle n'est pas non plus mon intention, car on est frappé à première vue de la quantité considérable de myopes qui se rencontrent dans la classe aisée et parmi les professions libérales, chez les médecins en particulier; il ne faut pas oublier toutefois que beaucoup de ces mêmes personnes aisées sont sorties de la classe ouvrière, qu'elles ont fréquenté les écoles du peuple, et que beaucoup de grands industriels ont commencé par être ouvriers teinturiers, forgerons, dessinateurs. Eh bien ! le chiffre et le degré de la myopie relevé dans les écoles primaires montre que là aussi on observe la myopie héréditaire ou tout au moins congénitale, et l'on comprend mieux pourquoi certains employés inférieurs, par le fait d'un travail assidu qui les a élevés au-dessus de leur premier rang, ont vu augmenter des défauts de vision qui fussent restés stationnaires et peu importants dans tout autre carrière que celle qu'ils ont suivie.

Chacun sait ici que la classe des tisseurs est peut-être la plus instruite parmi les ouvriers de Lyon ; presque tous savent lire et lisent beaucoup ; c'est même pour cette occupation de loisir qu'ils réclament en premier lieu le secours des verres convexes, alors qu'un léger degré de presbytie leur permet encore d'exercer leur profession à l'œil nu ; leur tra-

Digitized by Google

vail à distance nécessite une convergence moindre des axes optiques, et conséquemment, peut s'accomplir avec un léger déficit d'accommodation; plus d'un est venu se plaindre que le numéro des verres convexes, conseillé pour lire, était gênant ou inutile pour le travail habituel, qui s'exerce généralement à une distance plus grande que la lecture.

L'hygiène dans les écoles, dans les ateliers et avec les diverses occupations minutieuses qui exigent l'application prolongée de la vue, est-elle parfaitement observée ? Existe-t-il des infractions à ses lois impérieuses, et l'expérience nous a-t-elle fait connaître les conséquences de leur oubli ?

Pour ne parler que d'une époque plus récente, il n'est pas inutile de rappeler qu'un des plus grands esprits de l'Allemagne, le professeur Virchow (1), n'a pas dédaigné de fixer ses études sur tous ces détails. En 1868, il a publié sur l'hygiène des écoles un travail important basé sur la clinique et sur les recherches de l'amphithéâtre. Il signale, d'après les autorités compétentes, la fréquence de la myopie scolaire, qui, dans les villes, atteint le chiffre de 11,4 °/₀; il parle de la céphalalgie congestive, du saignement de nez et il mentionne la scoliose comme étant le résultat de la vie d'école. De l'avis d'autres médecins, parmi lesquels nous trouvons les Suisses au premier rang, la cyphose et la lordose également, la congestion des viscères abdominaux, des poumons, des yeux, tels sont les maux imputables aux mauvaises conditions hygiéniques qu'on rencontre dans les classes.

C'est en effet les défauts de maintien qui m'ont révélé le plus grand nombre des vices de la vue; pendant les exercices, j'ai noté plus d'un élève qui, placé dans les derniers bancs d'une classe profonde, se renseignait auprès de ses voisins sur les modèles écrits au tableau et dont les yeux, examinés ensuite, se trouvaient ou amblyopes ou atteints d'un fort degré de myopie ou d'hypermétropie. Ces exercices au tableau sont d'habitude la cause révélatrice de l'amétropie chez les

(1) Virchow, *Hygiène des Ecoles*, traduction Decaisne, 1868.

Digitized by Google

collégiens qui abordent l'étude des mathématiques et qui vous consultent dans le but spécial d'y voir au loin.

Dans plusieurs écoles, il existe des table-pupitres, construites sur des types différents et comme les élèves y sont placés par rang d'émulation, il arrive que les plus petits d'entre eux sont assis à une table plus élevée qui conviendrait beaucoup mieux à de plus grands et réciproquement (1).

Dans la plupart des classes, l'éclairage est loin d'être parfait; les cloisons vitrées établies pour faciliter la surveillance ont pour inconvénient de diffuser la lumière dans toutes les directions, de la faire tomber en plein dans la figure des élèves, sans éclairer d'avantage les tableaux ni les modèles; quelques classes même ne reçoivent presque tout leur éclairage que par les cloisons vitrées de deux salles voisines.

La ville de Lyon se propose, dit-on, de construire de nouvelles écoles populaires. Espérons que le coup d'œil architectural, que la routine ne feront point oublier les faits scientifiques et les données péniblement acquises par l'hygiène, au point de vue de l'aération et de l'éclairage. Je me permets de rappeler ici celles qui ont trait à l'hygiène de la vue.

Un des pavillons de la récente Exposition de Vienne était affecté à l'établissement des systèmes adoptés par quelques gouvernements pour les écoles populaires, ceux de Saxe, de Suède, de Portugal, de Washington en particulier(2). A Paris, en 1862, on avait pu voir exposés quelques-uns de ces systèmes dont j'énumère brièvement les points principaux.

Les salles sont rectangulaires ou oblongues; on a tendance à n'éclairer qu'un des quatre côtés, toujours un des plus longs; si les besoins de l'architecture exigeaient qu'il y eût

(1) Depuis la rédaction de ce travail, le docteur Chassagny nous a mis en rapport avec un membre très-actif de la Société d'enseignement professionnel, M. Giraud, qui depuis longtemps travaille à la construction d'une table d'école dont l'adoption répondrait certainement à un grand nombre de nos *desiderata*.

(2) *Wiener Medizinische Wochenschrift;* n° 40, octobre 1873.

Digitized by Google

encore des fenêtres percées dans un autre mur, celles-ci devraient être munies de stores pour régler l'éclairage à volonté; les pilastres interposés aux fenêtres devront être le moins larges possible et taillés en biseau à l'intérieur.

Dans les systèmes mentionnés, on ne rencontre plus de table-pupitres à places nombreuses; on vise à avoir des tables à une ou à deux places, de toutes les dimensions et adaptées aux différents âges. L'école américaine adopte les tables à une seule, l'école portugaise les tables à deux places. Les rapports de hauteur entre le banc et le pupitre sont constants ou variables, par l'intermédiaire de coussins ou d'un escabeau à vis, comme au piano. Les bancs sont munis de dossiers avec coussin mobile que l'élève met en place pour écrire et qu'il enlève pour lire, de telle façon que l'écartement entre le dossier et le pupitre varie suivant ces deux occupations. M. Liebreich, oculiste de Londres, a cherché à faire adopter dans les écoles anglaises une table-pupitre de son invention, que nous connaissons d'après sa description (1) et pour l'avoir vue; dans cette table, l'inclinaison du pupitre varie suivant que l'enfant doit lire ou écrire; la hauteur et l'écartement de la chaise restent constants. C'est une modification heureuse d'un ancien modèle plus barbare, dont il n'a été livré, en France du moins (je l'ai appris du fournisseur lui-même), qu'un seul exemplaire pour une demoiselle de Lyon que le père m'a fait examiner. J'admets volontiers le principe d'un pareil traitement, mais je reste convaincu que cette enfant a surtout profité des conseils hygiéniques qui réglaient strictement la nature et la durée de ses occupations.

Il importe cependant d'utiliser, le mieux possible, le matériel existant dans les écoles populaires. Les tables devraient être disposées perpendiculairement à la muraille par laquelle la lumière arrive le plus abondamment, de manière que les élèves reçoivent l'éclairage du côté gauche, c'est-à-dire du côté vers lequel ils se tournent quand ils écrivent.

(1) *Revue scientifique*, n° du 8 février 1873.

Digitized by Google

L'aspect général peut gagner à la disposition régulière des tableaux-modèles et des cartes de géographie qui ornent les murs ; mais à l'aide de chevalets, il est toujours possible, au moment du besoin, de les disposer à la hauteur et suivant les incidences favorables à l'éclairage.

Dans les écoles primaires où le travail cesse avec la chute du jour, il n'y a point eu lieu d'étudier la question si importante de l'éclairage artificiel, dont l'installation et la nature sont si souvent défectueuses et par là-même nuisibles. C'est pendant les mois d'hiver et à l'occasion des longues heures de travail à la lumière artificielle, le matin et le soir, que les jeunes collégiens accusent le plus souvent la fatigue de leur vue.

Le bon éclairage des classes par la lumière naturelle me semble renfermer bien des avantages ; sa réalisation, comporte toujours, on le comprend, celle si importante de l'aération et d'un certain degré d'*insolation* ; je signale, sans m'y arrêter, les détails relatifs au choix des teintes du papier, des types d'impression des livres, au besoin d'interrompre souvent, par des mouvements, les exercices de lecture ou d'écriture.

Que dire des ateliers dans lesquels se font souvent côte à côte, le dévidage, l'ourdissage, le tissage ? Je reconnais que d'habitude les conditions d'éclairage naturel sont suffisamment remplies, eu égard à la hauteur, à l'orientation et au rapprochement des fenêtres : tout au plus pourrait-on dire, qu'à la chute du jour, les métiers placés au second rang ou au troisième reçoivent une lumière insuffisante. Cet éclairage, pendant les heures de soleil, et malgré l'emploi des stores, produit sur des tissus luisants et à teintes vives des reflets dont se sont plaintes plusieurs personnes. J'avoue que j'ai attaché peu d'importance à cette étiologie banale d'une fatigue que je m'expliquais mieux par d'autres causes ; mais je me propose d'y fixer désormais mon attention, depuis qu'on a signalé l'influence mauvaise de certaines couleurs, tout en

Digitized by Google

sachant bien qu'on a voulu parler de couleurs vues par transparence et non point par réflexion (1).

Dans tous les ateliers de soierie que j'ai vus à Lyon, j'ai toujours rencontré un éclairage artificiel insuffisant; l'antique *chelu*, sans régulateur ni modérateur, constitué par une mèche petite et presque plate, est une source de lumière dont le principal avantage est d'être économique. Muni d'un réflecteur qui est disposé de façon à éclairer une longueur étendue et une largeur restreinte, il peut suffire, malgré le peu d'intensité de sa lumière, au travail habituel du tisseur, à la condition d'être bien placé. Si l'ouvrier doit réparer la chaîne ou quelque autre défaut de tissu, il doit déplacer sa lampe et la rapprocher de l'objet actuel de son travail.

Mais ce même éclairage est aussi insuffisant que mal approprié pour l'opération du lisage dans laquelle l'ouvrier doit porter alternativement et rapidement ses regards sur deux points assez distants et inégalement éclairés.

Il est affligeant de voir d'autres ateliers où l'on manipule la soie en flottes et sur bobines, éclairés d'une façon aussi parcimonieuse que je l'ai rencontré ; ainsi que je l'ai déjà dit, beaucoup parmi les adultes et les apprentis de cette catégorie sont atteints d'un défaut de vue ou d'une amblyopie qui généralement s'accommoderait mieux d'un éclairage plus parfait.

Il faut dire qu'en dehors de Lyon, dans quelques villes du département de l'Isère, il existe des ateliers de moulinage et de dévidage largement éclairés à l'aide des nombreux moyens fournis par l'industrie actuelle et au grand avantage des ouvriers. Trop souvent, ces défauts ne sont observés et ne conduisent le malade à réclamer les soins qu'à une époque où les lésions produites sont devenues irrémédiables, car l'habitude supplée en partie à l'imperfection de la vue; il me vient à l'esprit le cas d'une tordeuse dont les deux yeux brûlés par l'ammoniaque, ont été soignés dans presque tous les services de chirur-

(1) Voir dans le n° du 7 octobre des *Annales d'oculistique*, le travail de M. Dobrowolski.

Digitized by Google

gie de Lyon. M. Fochier a tenté d'établir une fistule artificielle de la cornée; sur l'autre œil, j'ai fait récemment une iridectomie qui permet à cette personne de lire à un pied le n° 20 de Snellen, mais qui assurément, lui vient fort peu en aide pour l'exercice d'un métier aussi délicat que le sien et qu'elle continue avec habileté.

Parmi les maladies des parties extrinsèques de l'organe oculaire (elles constituent plus du tiers du chiffre de mille malades), beaucoup entre celles des paupières et de la conjonctive, m'ont semblé résulter d'influences professionnelles qui viennent s'ajouter au rôle immense de la contagion. J'en ai donné les chiffres plus haut; des apprenties blanchisseuses, dévideuses, fileuses, après deux ou trois années d'atelier, de vie commune et d'habitation dans des soupentes mal aérées et sombres, ont été atteintes de lourdeur, de sécrétion des paupières, et de tous les autres caractères que revêt la forme insidieuse des granulations, forme pour laquelle les soins médicaux ne sont pas réclamés au début et qu'il faut rechercher pour la trouver, tant que son développement n'a pas amené la déformation des cartilages tarses, la chute ou la déviation des cils, etc.

Plus d'un négociant (presque tous sont marchands de soie) venu me consulter pour une diminution de la finesse ou de la portée de sa vue, l'attribuait à la manipulation de tissus colorés, à l'usage fréquent du quart de pouce ou compte-fils; sans être démontrée scientifiquement, cette raison n'est pas plus banale que les autres, mais il faut surtout incriminer le mauvais éclairage, soit de jour, soit de nuit, des magasins de certaines rues qui ne reçoivent un peu de lumière qu'à l'aide de verres dépolis ou de réflecteurs trop imparfaits.

Il est d'autres causes locales dont le rôle, sans pouvoir être mathématiquement précisé, est cependant incontestable. Les affections de l'estomac, les maladies des dents, pour ne rien dire des maladies pulmonaires, sont soumises, de l'avis de beaucoup de médecins, à l'influence du ciel brumeux et des

Digitized by Google

brouillards si fréquents à Lyon ; or, plusieurs des maladies aiguës et chroniques de la conjonctive ne peuvent-elles pas être rattachées aux mêmes causes que celles qui agissent sur d'autres muqueuses.

Parlerai-je de l'action des courants d'air sec et poudreux qui traversent Lyon dans la direction de ses grandes rues et de ses quais ? Que dirai-je de l'orientation du nord au midi des principales voies de communication et n'approuverai-je pas la conduite de ceux qui portent une ombrelle ou des verres colorés pour circuler, pendant l'été, dans des rues sans ombre ou sur une place comme Bellecour ?

Il existe à Lyon, comme partout, un préjugé difficile à combattre à l'égard des lunettes ; que leur rôle se borne à la protection de l'organe oculaire ou à la correction de ses défauts, il est certain que leur usage intelligent et que leur détermination scientifique constituent la base de l'hygiène oculaire.

Assez péniblement acceptées par les presbytes qui luttent avec leur force accommodatrice jusqu'à son complet épuisement, les lunettes sont le plus souvent rejetées par les jeunes hypermétropes, hommes ou femmes, qui allèguent des craintes non fondées pour dissimuler souvent un peu de coquetterie. Les myopes sont peut-être plus dociles pour accepter les verres appropriés qui leur permettent de voir les objets éloignés, mais ils se rebiffent si l'on vient leur parler de garder à demeure des lunettes et non plus un pince-nez qu'ils peuvent enlever à chaque instant, en faisant faire à leurs yeux une gymnastique nuisible. Beaucoup vous reprochent de les assimiler à des Allemands, en leur prescrivant des lunettes à demeure. Longtemps avant les découvertes nouvelles en oculistique, les myopes, très-nombreux en Allemagne, s'adressaient à l'industrie pour obtenir la neutralisation complète de leur amétropie. Ce précepte a été plus tard reconnu exact par les savants de ce pays qui continuent de s'y conformer, et c'est peut-être la raison pour laquelle on rencontre en Allemagne, en Suisse et en Belgique moins souvent que chez nous, ces

Digitized by Google

affreux cas de myopie progressive, avec des localisations morbides dans la région de la fixation centrale, avec décollement de la rétine, hémorrhagies du corps vitré, cataractes précoces et strabisme divergent.

Chez nous, M. Giraud-Teulon, un de nos maîtres, professe le précepte de la correction *complète* et permanente de la myopie. Je me borne à mentionner ces réflexions dont la base repose sur les théories de l'optique physiologique et dont la démonstration s'éloigne trop de l'hygiène oculaire (1).

J'y rentre en rappelant que j'ai observé non-seulement chez les pauvres de ma clinique, mais aussi chez les malades de la ville, une habitude bien bizarre pour ne pas dire dangereuse. Bien des Lyonnais attribuent à l'eau de leur beau fleuve le rôle d'une panacée qu'ils appliquent indistinctement aux blépharites, conjonctivites, kératites et iritis; ils se lavent soit à domicile, soit au fleuve même, avec une eau qui, recueillie sur les rives, n'est rien moins que pure, car les eaux vannes des teintureries et des lavoirs la chargent de matières dont l'action ne semble guère appropriée à la guérison de ces divers maux. Il faudrait rappeler à tous que les sécrétions adipo-cireuses et épithéliales du bord des paupières doivent être ramollies et dissociées par l'eau chaude ou au moins tiède, si l'on veut les enlever complètement sans ulcérer le bord tarsien; chacun devrait savoir que des lotions même anodines, lorsqu'elles sont inopportunes, peuvent conduire à sa perte un œil qui, même en l'absence de soins, aurait pu guérir complètement.

Je reviens au but de ce travail. Il ressort du dépouillement des chiffres que plusieurs maladies des paupières, de la con-

(1) La période de 30 à 75 ans a fourni 69 myopes sur 1,000 malades, tous à des degrés élevés. Parmi eux se trouvent six cas d'amblyopie avec divergence; 13 décollements rétiniens avec et sans cataracte consécutive; neuf cas d'hémorrhagies plus ou moins récentes de la macula et du corps vitré. De ces 28 myopes, douze seulement avaient pris des verres à l'âge de 18 ou 20 ans et le plus grand nombre sans les garder toujours.

Digitized by Google

jonctive, du tractus uvéal se rencontrent plus fréquemment dans certaines industries et tiennent à la vie sédentaire dans des espaces fermés, à la viciation de l'air ou au mauvais éclairage de ces milieux. C'est la confirmation d'un fait déjà établi et accepté.

Les chiffres trouvés montrent la grande fréquence de la myopie parmi les professions libérales et parmi les jeunes enfants des écoles populaires des grandes villes.

Notre maître, E. de Jœger, a trouvé une proportion encore plus élevée de myopes parmi les jeunes paysans (1) eux-mêmes. Les affirmations de Donders, de Wecker, Giraud-Teulon, etc., etc, pour n'en citer que le plus petit nombre, donnent aux causes que nous avons signalées comme aggravant l'état myopique, une valeur irrécusable qui s'impose à l'esprit de l'observateur plus nettement qu'elle ne s'établit par des chiffres.

J'aurais pu parler du traitement médicamenteux de la myopie à ses débuts, traitement autrefois pratiqué dans l'école de Vienne et qui m'était recommandé, dans un récent voyage à Bâle, par mon savant confrère, le docteur Schiess-Gémuseus. J'aurais pu montrer comme un épouvantail le vice myopique, dont plusieurs ont voulu faire le moyen d'apprécier le degré de civilisation d'un peuple; il y a cependant de bien curieuses exceptions parmi des peuplades barbares dont la majorité est myope (2).

Pour ce qui est de notre pays, on ne saurait rien dire de précis au sujet du rôle de la race dans la proportion des diverses formes d'amétropie, car les statistiques de Boudin, de Sistach, etc., sont faites d'après les anciennes méthodes de détermination de l'amétropie, et je ne crois pas les mépriser en disant que celles de l'avenir pourront être plus exactes, à la condition d'être dressées par des hommes spéciaux comme MM. Pagenstecher, Cohn et Erismann nous en ont donné l'exemple.

(1) *Ueber die Einstellungen des dioptrischen Apparates* (Vienne, 1861.)

(2) *Voyage dans le Soudan*, thèse de Quintin, 1869.

Digitized by Google

En finissant, je récapitule les chiffres relatifs aux défauts de réfraction.

1° 1,588 enfants, de six à quatorze ans, des écoles primaires de Lyon, parmi lesquels 483 filles, observés dans les quartiers de la Guillotière et de la Croix-Rousse et *étudiés d'après les conditions restreintes que j'ai exposées déjà* ont fourni 160 cas d'amétropie.

2° Ces 160 cas se décomposent ainsi : 52 myopes, 108 hypermétropes. Les filles y rentrent dans la proportion de 7,5 p. 0/0. Les garçons dans la proportion de 11,25 p. 0/0.

3° La proportion, pour la totalité des myopes, est de 3,25 p. 0/0 ; le degré moyen de la myopie est voisin de 1/36.

Dans nos 52 cas qui, assurément, ne comprennent pas les faibles degrés dont les enfants ne se plaignent point et dont la détermination précise est souvent impossible chez eux, le degré moyen de la myopie, comparativement à l'âge, est donné par le tableau suivant :

A 6 ans	= 1/48 ;	A 11 ans	= 1/30 ;
A 7	= 1/38 ;	A 12	= 1/20 ;
A 8	= 1/24 ;	A 13	= 1/18 ;
A 9	= 1/24 ;	A 14	= 1/20.
A 10	= 1/20 ;		

On peut dire qu'à part la moyenne 1/30 pour l'âge de onze ans, le degré est presque régulièrement progressif.

4° La proportion, en totalité, des hypermétropes, est de 6, 80 pour cent. Ce chiffre, tout à fait inférieur à ceux de Cohn et d'Erismann se rapproche davantage de ceux de Jœger; il s'explique par ce fait que l'usage de l'atropine m'ayant été interdit, j'ai dû rejeter comme douteux beaucoup de cas d'*hypermétropie facultative* acceptés par les premiers auteurs ; ces cas sont aussi nombreux que le degré du vice est peu élevé, et c'est aussi la raison pour laquelle le degré moyen d'hypermétropie

Digitized by Google

observé par nous (de 1/30 à 1/36) se trouve supérieur à celui qu'ils ont obtenu (1).

Pour la population de la ville de Lyon, j'ai obtenu les résultats suivants :

1° 1,000 malades, de 5 à 75 ans, inscrits moitié à mon dispensaire gratuit, moitié à mon cabinet payant et parmi lesquels se trouvent 338 femmes, ont fourni 231 d'amétropie.

2° Ces 231 cas se décomposent en 149 myopes et 82 hypermétropes.

Les femmes y entrent pour 6 p. 0/0, les hommes pour 10,8 pour 100.

3° La proportion, pour la totalité des myopes est de 14,9 pour 100.

Le degré moyen de la myopie est de 1/15; et la moyenne du degré, comparativement à l'âge, est indiquée par le tableau suivant :

De 5 à 10 ans = 1/20;	De 20 à 30 ans = 1/15;
De 10 à 15 ans = 1/16;	De 30 à 75 ans = 1/10.
De 15 à 20 ans = 1/14;	

Ces derniers chiffres, dans une proportion régulièrement croissante avec l'âge, ont une grande signification théorique ; sachant bien qu'ils ne portent plus sur des personnes à vue réputée saine comme dans les écoles, mais sur des malades ayant à se plaindre de leur vue, on est néanmoins frappé de la moyenne élevée de la première période, M = 1/20. Des sept enfants qui la composent quatre myopies très-élevées

(1) Consultez le travail de Maklakoff : *Recherches sur la myopie chez les écoliers (Soc. phys. méd. de Moscou*, 1871). L'auteur ayant répété ses déterminations à une année de distance, a constaté que le nombre des myopes augmente ainsi que le degré de la myopie, dans les classes plus élevées. Il trouve, sur 759 écoliers, 33 1/2 °/₀ de myopes et 3 °/₀ d'hypermétropes (sans atropinisation). Dans les écoles de filles, la myopie est plus fréquente que dans celles de garçons; l'auteur en voit la cause dans le genre de travaux habituels (couture, etc.)

Digitized by Google

sont assurément des cas congénitaux. Mais le chiffre 69 de la dernière période dont j'ai donné le détail plus haut et dont la M moyenne = 1/10, rappelle aussitôt à l'esprit la tendance progressive de la myopie et montre que les maladies *myopiques* des périodes antérieures se sont accumulées et ont déterminé à se soigner des personnes qui s'y prennent souvent trop tard (1).

4° La proportion totale des hypermétropes est de 8,20 p. 0/0 (les cas d'hypermétropie totale et manifeste sont comptés ensemble); le degré moyen est voisin de 1/24 et la très-grande majorité des cas est comprise dans la période de 20 à 35 ans.

A défaut de déterminations exactes, faites à plusieurs années d'intervalle, on ne peut pas s'en rapporter aux renseignements incomplets fournis par les malades pour établir le passage de H. et de E en M, si toutefois il existe.

Ces résultats trouvés parmi la population lyonnaise sont loin de représenter la totalité des amétropes ; j'en ai exclu les cas d'astigmatisme qui sont habituellement combinés avec d'autres vices et qu'on retrouve sous les autres rubriques ; j'ai également omis d'indiquer les cas de presbytie simple.

Les cas de réfraction que nous soignons sont en général ceux que les opticiens n'ont pas pu corriger, en l'absence d'examen ophthalmoscopique et à défaut d'une instrumentation plus complète. Un opticien consciencieux ne prendra pas sur lui de donner, pour un enfant par exemple, des verres correcteurs d'une hypermétropie dont le numéro est voisin des verres à cataracte, et le plus souvent il méconnaîtra les pré-

(1) Au cours de la discussion, à la Société des sciences médicales, un de nos confrères a rappelé que s'étant aperçu de sa myopie à la classe de mathématiques, il avait porté depuis lors et *constamment* le même numéro de verres sans éprouver le besoin d'en changer. M. Marduel concluait à la non influence des occupations professionnelles, mais son cas prouvait en même temps : 1° que la myopie scolaire existant auparavant, se décèle d'une façon fortuite (lecture au tableau) ; 2° que la correction complète et constante par les verres appropriés met un obstacle aux progrès de la myopie. — Nous n'avons pas écrit autre chose.

Digitized by Google

ceptes cliniques pour la correction de l'anisométropie (inégalité de réfraction des deux yeux.)

Je m'abstiens de comparer mes résultats à ceux des deux auteurs étrangers que j'ai cités si souvent ; sans idée préconçue et sans projet de conclusion prématurée, j'ai apporté à l'œuvre considérable de l'hygiène oculaire le tribut que des circonstances spéciales m'ont permis de recueillir, tout en sachant bien que mes opinions personnelles doivent être confirmées par des chiffres plus nombreux et par des résultats plus imposants que ceux de ce premier travail.

Il est plus facile de signaler des défauts que de les corriger ; c'est aux chefs d'atelier, aux surveillants, aux individus eux-mêmes qu'il incombe de combattre les conditions de travail que la science a démontrées comme étant contraires à l'hygiène de la vue.

Pour ce qui est des écoles, nous serions complètement récompensé de nos peines si ces études, les premières qui aient été faites en France d'après ce que nous en savons, pouvaient attirer l'attention de l'autorité compétente et de l'administration universitaire sur les défauts de vision qu'on regarde depuis longtemps comme la conséquence d'une installation défectueuse.

Digitized by Google

OBSERVATION

DE

CONTRACTURE DU TRAPÈZE

SIMULANT UNE DÉVIATION DE LA COLONNE VERTÉBRALE

ET TERMINÉE PAR LA GUÉRISON

PAR M. LE Dr J.-C.-T. PRAVAZ.

Une jeune fille de Lyon, âgée de quatorze ans, m'est adressée au mois d'avril 1873, par M. le docteur Lacour, médecin de l'hospice de l'Antiquaille, pour une difformité dont le début remontait au commencement du mois de janvier précédent.

A la suite d'une émotion morale vive, on avait observé chez cette enfant, d'une sensibilité nerveuse excessive, un changement graduel dans l'habitude extérieure, et l'on avait vu se développer une difformité offrant les caractères d'une scoliose de la nature la plus grave. La déformation avait fait de rapides progrès lorsque l'enfant me fut confiée le 2 mai 1873.

A cette époque, le tronc présentait par derrière l'aspect suivant :

Le rachis décrivait une double inflexion avec courbure principale supérieure à convexité tournée à droite. Le demi-thorax droit offrait une voussure très-prononcée, tandis que le demi-thorax gauche paraissait, au contraire, comme échancré.

La hanche gauche était fortement saillante, et, par suite de l'inclinaison totale du tronc à droite, paraissait plus élevée que la droite, comme il arrive à la dernière période de la scoliose.

Digitized by Google

Mais le phénomène le plus remarquable était l'élévation extrême de l'omoplate droite, qui avait exécuté un mouvement de bascule autour de son angle interne et supérieur, par suite duquel l'épine du scapulum était devenue très-oblique de bas en haut et de dedans en dehors. L'angle interne et inférieur du même os faisait en même temps une saillie très-prononcée, même à travers les vêtements de l'enfant, et semblait comme détachée des parois thoraciques.

En examinant les parties latérales du cou, on pouvait de plus constater que ses deux moitiés n'étaient pas symétriques. On percevait, en outre, par le toucher une résistance et une dureté particulières des muscles de la région cervicale du côté droit et spécialement du trapèze, qui étaient douloureux à la pression.

Au point de vue des fonctions de locomotion, l'enfant n'accusait qu'une certaine gêne dans les mouvements de l'épaule droite.

Les commémoratifs et surtout la rapidité du développement de la difformité me firent penser dès le début qu'il s'agissait dans ce cas d'une affection purement musculaire. Mais en présence de l'extrême déviation du rachis, je ne fus pas immédiatement fixé sur le siége précis de la lésion, et, les premiers essais de traitement n'ayant amené aucun résultat, la mère de l'enfant, effrayée des progrès constants de la difformité, se décida à conduire sa fille aux eaux de Salins, près Moutiers (Savoie), et l'enfant quitta momentanément l'établissement le 10 août.

Un traitement thermal, d'une durée d'un mois environ, n'ayant également produit aucune amélioration, l'enfant fut de nouveau confiée à mes soins le 20 septembre 1873.

A cette époque, ayant soumis d'une manière méthodique à l'électrisation localisée les différents muscles de l'épaule, je constatai, en faradisant le grand dentelé, que le scapulum reprenait sa place normale, et que toute trace de difformité disparaissait immédiatement.

Dans l'incertitude où je me trouvais alors d'avoir affaire soit à une parésie ou tout au moins à une diminution de la tonicité

Digitized by Google

du grand dentelé, soit à une contracture des muscles élévateurs de l'épaule et en particulier de la portion moyenne du trapèze, qui va s'attacher à l'épine du scapulum, j'instituai un traitement mixte et destiné à attaquer ces deux éléments possibles de la difformité.

Je pratiquai chaque jour la faradisation du faisceau principal du grand dentelé, en appliquant l'électrode positif au niveau de l'angle interne et inférieur de l'omoplate et l'électrode négatif au niveau du point d'émergence du nerf, tandis que, d'autre part, je fis passer pendant plusieurs heures de la journée dans les muscles élévateurs du scapulum le courant descendant de deux éléments de Daniell à petite surface.

En même temps je fis administrer chaque jour une douche de vapeur dont le jet était dirigé sur la partie latérale du cou et supérieure de l'épaule, et je fis exécuter sur les muscles de la même région des massages méthodiques.

J'eus recours de plus pour combattre l'élément contracture aux injections intra-musculaires de sulfate d'atropine, à la dose de deux, puis de quatre gouttes d'une solution au centième. Ces injections étaient pratiquées une ou deux fois par semaine.

Ce traitement, qui fut mis en œuvre vers la fin de septembre, époque où fut prise la photographie n° 1, ne produisit d'abord qu'un résultat passager. Sous l'influence de la faradisation du grand dentelé, le scapulum reprenait facilement sa place normale; mais il était de nouveau entraîné en haut dès que le courant était interrompu. Cependant, vers le commencement de décembre, à la suite d'une injection de sulfate d'atropine, dont j'avais porté la dose à six gouttes, et qui amena des symptômes assez prononcés d'intoxication, je remarquai que l'omoplate avait sensiblement baissé, et que cet abaissement se maintenait d'une manière permanente. L'enfant, de son côté, accusait plus de liberté dans les mouvements de l'épaule, jusque là un peu gênés, mais rien ne faisait supposer la disparition prompte et complète de la difformité, lorsque, le 28 décembre, en exécutant dans un but d'amusement quelques exercices gymnastiques qu'elle avait

Digitized by Google

auparavant souvent répétés, elle sentit dans l'épaule droite un craquement assez fort également perçu à distance par les personnes qui l'entouraient, et s'écria que son épaule avait repris sa place et qu'elle était guérie.

I.

II.

Prévenu immédiatement, je dois avouer que, connaissant le caractère impressionnable de l'enfant, je n'attachai à cette nouvelle qu'une médiocre créance, mais après l'avoir examinée, je fus obligé de me rendre à l'évidence, et je constatai que le scapulum occupait sa place normale et que toute trace de difformité avait disparu comme par enchantement.

La photographie n° 2, prise le lendemain, indique le changement complet qui s'était produit dans la forme et dans l'attitude.

Malgré cette transformation profonde, je ne crus pas néanmoins que tout fût fini, et je conseillai à la mère de la jeune

Digitized by Google

fille de prolonger quelque temps encore le traitement déjà suivi, tant pour se mettre en garde contre un retour possible de la contracture que dans le but d'insister spécialement sur la faradisation du grand dentelé, dont la distension, longtemps prolongée par la contracture de son antagoniste, devait, à mon avis, avoir diminué la tonicité.

Aujourd'hui (avril 1874) Mlle X... est dans un état des plus satisfaisants, et, vu le temps qui s'est écoulé depuis la cessation de la contracture, peut être considérée maintenant comme définitivement guérie.

Ce cas, très-singulier dans sa marche et dans sa terminaison, présente différentes questions à discuter.

En premier lieu, quelle était la nature de l'affection ?

On pouvait, au début, hésiter entre la contracture du trapèze et la paralysie du grand dentelé, en considérant surtout la saillie extrême que faisait l'angle inférieur de l'omoplate. Mais la disparition si prompte de la difformité ne peut laisser de doute sur sa nature spasmodique, car il serait assez difficile de supposer qu'une paralysie pût céder aussi rapidement, et je crois qu'on doit rapprocher cette affection des cas analogues de contracture rapportés par M. Duchenne (de Boulogne), et des faits si singuliers de rétraction spasmodique des muscles fléchisseurs de la cuisse, qui donne lieu à la forme de coxalgie désignée sous le nom de coxalgie hystérique. Le tempérament éminemment nerveux de l'enfant, les antécédents évidemment hystériques, tels que toux spasmodique, crises nerveuses de diverses formes, qu'elle avait présentés, ne peuvent, il me semble, faire hésiter sur le diagnostic.

En second lieu, quel était le siége de la contracture ?

En considérant la position qu'occupait l'omoplate, on remarque que l'épine du scapulum était dirigée de bas en haut et de dedans en dehors. Or, cette direction répond parfaitement à celle que doit prendre l'omoplate sous l'effort de la contraction des fibres moyennes du trapèze qui se dirigent obliquement de haut en bas et de dedans en dehors. Sollicitée

Digitized by Google

par l'action de ces fibres moyennes, l'omoplate avait exécuté, outre un mouvement général d'ascension, un second mouvement de bascule dont son angle interne et supérieur était le centre. Ce double mouvement s'était de plus accompagné de la saillie de l'angle inférieur, saillie qui, au premier abord, pouvait faire croire à une paralysie du grand dentelé.

Troisièmement, enfin, à quel agent thérapeutique faut-il attribuer la cessation de la contracture ?

Je crois, pour ma part, que, la nature de l'affection étant mise hors de contestation, c'est au sulfate d'atropine employé en injections intra-musculaires qu'on doit rapporter, sinon la cessation brusque de la contracture, dont l'explication est assez difficile à trouver, au moins la détente considérable qui s'était déjà produite dans l'état spasmodique du muscle contracturé, détente qui a précédé son relâchement complet. Je me fonde pour émettre cette opinion sur les résultats que j'ai obtenus de l'atropine dans deux cas analogues et où l'action du principe actif de la belladone a été pour moi hors de doute.

Dans le premier cas, il s'agissait d'une jeune femme qui vint me consulter au mois de décembre 1865, pour une contracture des muscles de l'épaule et du cou dont le début remontait à plusieurs mois. Cette contracture s'accompagnait de douleurs très-vives, et la malade se plaignait surtout d'un sentiment très-pénible de pesanteur dans l'épaule, qu'elle avait peine à soutenir. Le mari, qui exerçait la médecine dans le département de la Savoie, désirait avoir mon opinion au sujet de l'opportunité d'un appareil propre à soutenir l'épaule et à diminuer les douleurs. En présence de l'état de la malade, qui présentait les symptômes d'une chloro-anémie très-prononcée, je repoussai l'application des moyens mécaniques et je conseillai une médication fortement reconstituante unie à l'emploi des injections sous-cutanées de sulfate d'atropine. Cette médication produisit une amélioration très-rapide, et peu de temps après la guérison fut complète.

Le sujet de la seconde observation était une petite fille de onze ans, qui me fut présentée, au commencement du mois

Digitized by Google

d'août 1873, pour un torticolis de cause rhumatismale et qui avait débuté deux mois auparavant. La contracture siégeait dans les muscles du cou du côté droit et s'accompagnait de douleurs assez vives, lorsqu'on imprimait à la tête le moindre mouvement. On avait employé sans résultat l'application de mouches de Milan sur les parties latérales du cou et des frictions avec différents liniments résolutifs, et on allait en venir à la section du sterno-cléido-mastoïdien et à l'emploi d'un appareil, lorsque le père vint me demander mon avis à ce sujet. Mon opinion fut d'essayer auparavant les injections d'atropine, et ce moyen amena rapidement la disparition de la contracture, qui céda au bout de quatre jours de traitement.

Je crois donc que, d'une manière générale, il convient, dans les cas de contracture musculaire, lorsque l'ancienneté de la maladie n'a pas encore amené un raccourcissement permanent, de tenter, avant d'en venir aux sections tendineuses et à l'application des appareils, l'emploi des injections intra-musculaires de sulfate d'atropine, qui n'offrent aucun danger et qui, en cas de non réussite, laissent le champ parfaitement libre aux moyens de l'orthopédie proprement dite.

Digitized by Google

DE LA VALEUR SÉMÉIOTIQUE

DES

BATTEMENTS DE L'ARTÈRE CENTRALE DE LA RÉTINE

DANS LES AFFECTIONS CARDIAQUES

POUR LE DIAGNOSTIC DE L'INSUFFISANCE AORTIQUE

PAR M. GRANDCLÉMENT.

Chacun sait, qu'à l'état normal, les veines de la rétine sont souvent animées de véritables pulsations, tandis que les artères de cette membrane ne battent jamais à l'état physiologique, du moins d'une façon facilement appréciable.

Le pouls artériel rétinien, lorsqu'il se produit d'une manière évidente et bien manifeste, est donc l'indice certain d'un état pathologique.

Mais quelle est sa signification morbide et quelles sont les conditions anormales qui l'engendrent ?

Jusqu'à ce jour tous les auteurs admettaient avec de Græfe que le pouls artériel de la rétine indique toujours une augmentation de la tension intra-oculaire, soit, en d'autres termes, une affection glaucomateuse de l'œil. Il était même devenu l'un des signes caractéristiques des diverses formes de glaucome.

Mais voici que cette théorie, relative à la signification de ce symptôme, devient insuffisante et ne peut plus rendre compte de tous les faits.

En effet, dans ces dernières années, en Allemagne, l'on a constaté la coexistence presque constante des battements artériels de la rétine et de l'insuffisance aortique ; il est juste d'ajouter qu'il n'existe alors aucun trouble notable de la vision qui invite à pratiquer l'examen ophthalmoscopique ;

Digitized by Google

telle est sans aucun doute la raison pour laquelle on n'a pas découvert plus tôt cette nouvelle condition étiologique du battement artériel de la rétine.

C'est *Quinke* qui constate le premier ce fait en 1868. Mais son observation passa complètement inaperçue ; et le mérite d'avoir fait à nouveau cette découverte et surtout de l'avoir divulguée, appartient réellement à Otto Beker, qui, sans connaître les travaux antérieurs de Quinke, la fit connaître pour la première fois en 1871, au Congrès ophthalmologique d'Heidelberg. Depuis cette époque, en 1872, il a publié sur ce sujet, dans les archives ophthalmologiques de Berlin un nouveau travail intitulé : « *Sur les mouvements du sang, visibles dans la rétine humaine.* »

Dans ce nouveau travail, Otto Beker relate dix-sept observations de malades atteints d'affections cardiaques.

Dans tous les cas d'*insuffisance aortique pure*, avec ou sans hypertrophie du ventricule gauche, il a pu constater des pulsations spontanées sur les artères de la papille. Ainsi chez l'un de ces malades que l'on croyait atteint d'une insuffisance aortique, les pulsations faisaient défaut ; or, l'autopsie vint démontrer qu'il s'agissait d'un anévrysme de l'aorte ascendante et non d'une insuffisance aortique. Enfin dans un autre cas (observation XVI), la constatation des pulsations artérielles sur la papille optique, permit de redresser le diagnostic qui était anévrysme de l'aorte, pour affirmer la lésion réelle, à savoir l'insuffisance aortique.

Il devient donc évident que le pouls artériel rétinien possède une valeur séméiologique considérable dans l'étude des maladies de cœur ; pour le diagnostic de ces sortes d'affections, le médecin pourra désormais retirer de l'emploi de l'ophthalmoscope un complément de renseignements et de certitude qui n'est pas à dédaigner.

J'ai eu récemment l'occasion de vérifier l'exactitude des faits révélés par Otto Beker, en constatant l'existence des battements artériels, chez une malade atteinte d'insuffisance aortique.

En relatant très-brièvement cette observation, je me pro-

Digitized by Google

pose d'attirer l'attention des médecins sur ce point si intéressant de séméiologie, et aussi de chercher à déterminer la cause et la valeur réelle de cette nouvelle ressource offerte au diagnostic médical.

Il s'agit d'une personne âgée de 27 ans ; l'affection cardiaque dont elle souffre s'est révélée il y a trois ans; aujourd'hui elle touche presque à sa fin ; en effet, il existe un œdème généralisé, une anhélation extrême, et le pouls radial est à peine perceptible. L'auscultation révèle, outre une grande irrégularité et une faiblesse extrême des contractions cardiaques, un double bruit de souffle qui couvre à peu près les deux temps du cœur, et se prolonge dans les carotides.

Il est difficile de déterminer actuellement si le rétrécissement aortique a préexisté à l'insuffisance des valvules de l'aorte. Mais le médecin traitant qui soigne cette malade depuis longtemps a constaté au début, et jusque dans ces derniers temps, l'existence d'une insuffisance aortique isolée et bien déterminée.

Je pratique chez cette femme l'examen ophthalmoscopique pour vérifier les assertions d'Otto Beker, et j'aperçois manifestement sur la papille optique des pulsations dans les deux branches de bifurcation de l'artère centrale de la rétine. Cependant l'expression de pulsation rend mal le phénomène observé. En effet, ce n'est pas à proprement parler des battements que j'ai pu constater, mais bien des alternatives d'ampliation et de vacuité presque complète de ces deux vaisseaux.

Pendant la diastole du cœur, chacun de ces vaisseaux n'était représenté que par un filament très-étroit et d'une teinte rosée très-claire; mais pendant la systole cardiaque, on voyait très-manifestement ces vaisseaux reprendre un volume plus considérable et surtout une teinte rouge très-intense sous l'influence de l'arrivée très-apparente d'une ondée sanguine.

A part ce détail, aucune lésion appréciable ni dans les milieux transparents, ni dans les membranes profondes. Du reste la malade n'éprouvait aucun trouble visuel, si ce n'est

Digitized by Google

parfois quelques obnubilations très-passagères qu'explique suffisamment l'anémie profonde dont elle est atteinte.

Mais quelles sont les conditions qui peuvent engendrer ce phénomène du *pouls artériel rétinien ?*

J'ai déjà dit qu'à l'état physiologique on ne constate jamais de pulsations de l'artère centrale de la rétine. Du moins Helmoltz qui les a beaucoup recherchées à l'état normal, ne les a jamais rencontrées. Donders, il est vrai, prétend les avoir observées dans certains cas, mais d'une façon à peine perceptible. Otto Beker a fait quelques expériences qui expliquent la contradiction de ces faits.

En examinant à un grossissement de quinze diamètres les artères du mésentère de la grenouille ayant à peu près le diamètre de l'artère centrale de la rétine, il a vu que la contraction du cœur produisait une *accélération du courant sanguin*, mais non des battements seulement ; en observant ces mêmes artères au point où elles se divisent pour donner naissance à plusieurs branches, on aperçoit là de véritables changements de calibre, de *véritables pulsations.*

Partant de là, Otto Beker dit que lorsque dans un œil physiologique, sans troubles fonctionnels, on observe des battements artériels, sans affections cardiaques, on ne peut les expliquer que de deux façons : ou bien parce que les pulsations physiologiques des veines se communiquent à l'artère voisine, ou bien parce que l'artère centrale se subdivise à angle droit ; le phénomène est alors analogue à celui que l'on observe sur le mésentère de la grenouille.

Quoi qu'il en soit de cette explication au sujet des battements artériels dans la rétine, à l'état normal, dont l'existence, la réalité est très-problématique; ce qui nous importe ici, c'est de connaître la cause réelle et le mode de production de ces mêmes battements pendant le cours d'une insuffisance aortique.

Otto Beker ne s'explique pas sur ce sujet. Je vais néanmoins essayer de l'indiquer.

Et d'abord, pourquoi les artères de la rétine ne présentent-elles pas de pulsations à l'état physiologique, c'est parce

Digitized by Google

qu'alors, selon toute raison, la tension intra-oculaire et la tension intra-vasculaire des artères rétiniennes se font équilibre d'une façon presque mathématique, même pendant la diastole du cœur. Mais supposons que l'une de ces tensions subisse une augmentation ou une dépression considérable, aussitôt l'équilibre sera rompu et l'on verra apparaître le pouls artériel rétinien. Ainsi la tension intra-oculaire vient-elle à augmenter dans des proportions considérables, ce qui est le cas dans le glaucome, les artères rétiniennes, dont la tension interne n'a pas varié, seront déprimées et deviendront presque exsangues pendant la diastole du cœur, et reprendront leur volume normal pendant la systole seulement. L'examen ophthalmoscopique permettra de constater très-facilement ces *variations alternatives de calibre* des artères de la rétine.

Mais changeons les termes de cette proposition, et supposons que, la tension intra-oculaire restant la même, ce soit la tension intra-vasculaire qui diminue dans des proportions très-notables, ce qui est le cas dans l'insuffisance aortique, le même phénomène se produira au fond de l'œil ; les artères rétiniennes seront aplaties et déprimées pendant la diastole cardiaque, et reviendront à leur volume et à leur coloration normale pendant la systole ; on pourra donc alors constater, à l'aide de l'ophthalmoscope, le pouls artériel rétinien.

En conséquence, je pense que le pouls artériel rétinien, qu'il soit lié à un glaucome, ou à une insuffisance aortique ou à tout autre maladie, reconnaît toujours la même cause, à savoir : une différence très-notable d'intensité entre la pression intra-oculaire d'une part, et la tension intra-vasculaire des artères de la rétine, d'autre part, pendant la diastole du cœur.

Or, en partant de ce principe, j'arrive à croire que le pouls artériel rétinien doit exister très-souvent, non-seulement dans les insuffisances aortiques, mais encore dans toutes les maladies qui diminuent rapidement et d'une façon très-sensible la tension intra-artérielle. Il est vrai que l'insuffisance aortique apparaît immédiatement comme l'affection qui doit le plus déprimer la tension de la colonne sanguine pendant

Digitized by Google

la diastole, puisque cette colonne peut refluer alors dans le cœur.

Les hémorrhagies rapides et abondantes me semblent également devoir réaliser les conditions favorables à l'apparition du pouls artériel rétinien. Peut être est-ce là, ainsi que Ch. Abadie l'a déjà fait remarquer dans le *journal d'ophthalmologie*, la cause de ces amauroses subites qui accompagnent quelquefois les pertes de sang considérables.

Probablement alors la tension intra-artérielle est tellement déprimée, que la systole cardiaque ne parvient même pas à faire pénétrer du sang dans les artères de la rétine.

Dans un mémoire plus récent encore, Otto Beker a observé également des battements artériels rétiniens dans la maladie de Graves, ou goître exophthalmique ; or chacun sait que les contractions cardiaques sont excessivement fréquentes, mais aussi à peine ébauchées dans cette singulière affection. Cette observation nouvelle viendrait corroborer la thèse que je soutiens au sujet de la cause probable des battements artériels de la rétine.

Quoiqu'il en soit, c'est à nos collègues des hôpitaux qu'il appartient d'élucider ces diverses questions, ou tout au moins, de corroborer par de nouveaux faits la découverte de Quinke et d'Otto Beker.

Pour ma part, je leur serai très-reconnaissant s'ils voulaient bien me signaler dans leurs services des malades qui rentrent dans cet ordre de faits.

Digitized by Google

NOTE

SUR UN

CAS DE ZONA OPHTHALMIQUE

PAR M. A. CARRY,

INTERNE DES HÔPITAUX.

Le zona ophthalmique, ou zona développé dans le territoire cutané innervé par la branche ophthalmique de Willis, est une affection rare dont il est à peine fait mention dans les traités didactiques de pathologie cutanée.

Les dermatologistes ont en général bien décrit le zona du tronc et des membres; mais ce n'est guère que dans quelques cliniques ou quelques monographies que l'on trouve signalés ces zonas, à siége insolite, qui du reste suivent la même marche et réclament les mêmes moyens de traitement que le zona type des parois thoraciques.

Nous avons eu la bonne fortune d'observer un cas de zona ophthalmique à l'Antiquaille, dans le service des enfants. C'est sous les auspices de M. Horand, chef de ce service, que nous avons présenté à la Société des sciences médicales cette observation intéressante à plus d'un titre, en la faisant suivre des considérations qu'elle nous a inspirées.

Françoise C..., de Lyon, dévideuse, âgée de seize ans, entrée à l'Antiquaille, salle Sainte-Croix, le 6 novembre 1873.

Depuis deux ou trois ans cette jeune fille ressent des douleurs dans les jointures, principalement dans celles des membres inférieurs. Fille d'une blanchisseuse et obligée d'accompagner sa mère au bateau dès l'âge de dix ans pour laver le linge, elle les attribue avec raison à ces séances prolongées

Digitized by Google

et fréquemment répétées sur la rivière, pendant lesquelles elle avait constamment les pieds et les mains dans l'humidité. Ces douleurs s'aggravant, sans toutefois engendrer des symptômes morbides généraux, elle dut cesser ce genre de travail, et entra, il y a un an, dans un atelier de dévidage. Là, les douleurs s'amendèrent; mais elles ne manquaient pas d'éprouver une recrudescence marquée chaque fois que sa mère, pressée par le travail, la conduisait de nouveau au lavoir. Enfin, depuis deux mois, les douleurs se sont localisées exclusivement dans l'articulation coxo-fémorale gauche, et ont entraîné la claudication du membre adjacent.

A son entrée, à l'Antiquaille, on constate que cette articulation est le siége de craquements très-nets. La hanche ne présente ni douleur à la pression ni gonflement. Les mouvements sont douloureux, mais persistent dans une certaine étendue. On trouve sur les faces antérieures des jambes quelques pustules d'ecthyma, aujourd'hui cicatrisées, dont le début remonte à six semaines.

Quoiqu'elle soit ordinairement assez mal nourrie, l'appétit est bon et les fonctions digestives s'exécutent bien. La menstruation n'est pas encore établie. En un mot, l'état général est satisfaisant; toutefois, la face est pâle et les muqueuses un peu décolorées.

Notons au point de vue spécial de l'affection qui va se développer ultérieurement, qu'à part l'ecthyma signalé plus haut, cette jeune fille n'a jamais eu ni éruptions cutanées ni névralgies.

14 *novembre*. Dans la soirée d'hier et pendant la nuit, la malade a éprouvé une douleur sous-orbitaire intense du côté gauche. Ce matin la douleur persiste, quoique atténuée; les paupières gauches sont rouges et gonflées, et une éruption vésiculeuse s'est développée sur leur face externe, ainsi que sur la région malaire.

La plupart de ces vésicules se sont réunies par confluence et forment des bulles inégales, irrégulières et flasques, de sorte que le liquide épanché est accumulé à la partie inférieure du sac comme dans une outre à moitié pleine. Les

Digitized by Google

paupières s'entr'ouvrent à peine; il y a un peu de photophobie; toutefois, la conjonctive est indemne. La douleur s'exagère beaucoup par la pression sur l'émergence des nerfs sus et sous-orbitaires. Pas de fièvre. Appétit.

Prescription : poudre d'amidon.

15. Disparition complète des bulles dans la soirée et la nuit d'hier.

18. L'éruption a complètement disparu; mais la malade accuse une douleur sous-orbitaire et malaire persistante, plus intense le matin que le soir et exagérée par la pression.

29. La douleur sous-orbitaire, qui avait disparu ces derniers jours, s'est de nouveau fait sentir hier dans la soirée, mais cette fois elle affecte le côté droit. Ce matin elle est beaucoup plus vive; les paupières sont rouges, tuméfiées et recouvertes de vésicules et de bulles présentant les mêmes caractères que précédemment.

1er *décembre*. Depuis hier soir, douleur péri-orbitaire à gauche, avec rougeur et gonflement des paupières du même côté. Apparition de petites bulles de dimensions variables, les unes remplies de sérosité citrine, les autres contenant à la fois du pus dans la partie la plus déclive et de la sérosité limpide et transparente dans la partie supérieure. La douleur est encore très-vive et s'exagère par la pression sur les points douloureux de Valleix. La conjonctive et la cornée sont saines.

Du côté droit le gonflement a disparu; les bulles se sont desséchées et la douleur s'est atténuée pendant que l'éruption se développait à gauche. Cependant il reste un peu de photophobie.

2. Dessiccation des vésicules et des bulles. Persistance de la douleur au niveau du malaire gauche.

5. La douleur malaire persiste.

6. Elle diminue.

8. Depuis deux jours, douleur au niveau du poignet gauche avec irradiation vers l'avant-bras.

9. Douleur le long du cubital et du médian; douleurs irra-

Digitized by Google

diées quand on froisse le plexus brachial dans l'aisselle gauche.

11. Ce matin, on constate qu'il s'est développé une nouvelle poussée de vésicules et de bulles sur les paupières gauches. Elle a été précédée d'une douleur péri-orbitaire. Il y a une photophobie marquée de l'œil gauche.

12. Un peu de conjonctivite bulbaire, surtout à l'angle interne de l'œil gauche.

13. La conjonctivite a augmenté depuis hier; toute la partie gauche de la racine du nez est couverte de croûtes. Tous les soirs, depuis le 11 décembre, douleur névralgique occupant toute la moitié gauche de la tête, avec augmentation de la rougeur conjonctivale.

On prescrit 50 centigrammes de valérianate de quinine en cinq pilules.

15. La rougeur de la conjonctive diminue et la douleur s'amende.

17. La douleur disparaît graduellement. On supprime le valérianate de quinine.

18. La douleur n'apparaît plus que le soir vers cinq heures, dure peu et paraît avoir pour siége le globe de l'œil lui-même. On la réveille en pressant soit sur le globe oculaire, soit sur les trous sus et sous-orbitaires.

19. La malade a éprouvé toute la nuit des élancements douloureux au pourtour de l'œil droit. Ce matin, les bords libres des paupières droites sont gonflés; il n'y a pas d'éruption, mais toute la conjonctive bulbaire est enflammée; la rougeur légère vers le cul-de-sac supérieur est très-intense dans toute la moitié inférieure.

20. La malade éprouve de vives douleurs tous les soirs du côté droit. La conjonctivite persiste. On lui donne de nouveau 50 centigrammes de valérianate de quinine.

22. La malade a pris ses pilules hier au soir à cinq heures. Du côté gauche, les paupières n'étaient pas gonflées, l'œil était sain et il n'y avait pas de douleur péri-orbitaire. Vers neuf heures, douleur au pourtour de l'œil gauche et dans tout le côté gauche de la tête jusqu'à ce matin à cinq heures.

Digitized by Google

A la visite, on constate d'énormes bulles sur les deux paupières gauches, ainsi que sur la partie voisine de la racine du nez. On supprime de nouveau les pilules.

30. Le gonflement et l'éruption des paupières gauches ont totalement disparu. A droite, la conjonctivite n'existe plus. La malade ressent encore de temps à autre quelques douleurs oculaires du côté gauche.

6 *janvier*. Les douleurs n'ont pas reparu.

9. La malade quitte le service complètement guérie. L'éruption herpétique ne s'est pas remontrée depuis plus de quinze jours. Les deux yeux sont parfaitement sains : il n'y a plus ni douleur spontanée, ni douleur à la pression, et l'on ne constate pas de cicatrices attestant qu'il s'est développé de chaque côté un zona palpébral. D'autre part, l'articulation coxo-fémorale, qui a été soumise à l'application de plusieurs vésicatoires, est maintenant très-libre. Il n'y a plus ni craquements ni douleurs dans les mouvements, ni claudication. *Exeat*.

Nous avons revu cette malade le 22 janvier à la consultation du jeudi. La veille, à dix heures du soir, elle avait ressenti des douleurs au niveau de la tempe gauche. Elle n'a pu dormir que le matin. A la visite, on constate que la paupière supérieure et la pommette du côté gauche sont le siége d'énormes bulles. Pas d'éruption sur le nez ; pas de conjonctivite. La douleur névralgique est toujours très-intense.

Après avoir pris des renseignements auprès de sa famille, nous voyons de nouveau cette jeune fille le 14 mars 1874. Elle en est à la sixième récidive de zona depuis sa sortie de l'hospice. C'est toujours le côté gauche qui a été atteint et jamais l'éruption n'a dépassé les limites que nous avions observées précédemment. Aujourd'hui du côté gauche, les deux paupières, le malaire et la portion du nez voisine de l'angle interne de l'œil, sont gonflées, rouges et recouvertes de croûtes desséchées. Le moindre contact y détermine immédiatement une vive douleur. La conjonctive est légèrement enflammée vers l'angle interne de l'œil. C'est dans la nuit du 8 au 9 mars qu'a

Digitized by Google

eu lieu l'explosion de ce nouveau zona. Il a suivi la marche régulièrement cyclique affectée par les récidives précédentes : douleur péri-orbitaire dans la soirée; insomnie; sommeil sur le matin; au réveil, paupières et pommette couvertes de bulles; persistance des douleurs. Déjà la névralgie spontanée a disparu, mais outre la gêne causée par l'éruption palpébrale, elle ressent une céphalalgie gravative continue, qui toutefois ne l'empêche pas de se livrer à ses occupations habituelles. Cette céphalalgie très-légère le matin, plus intense le soir, dure depuis sa sortie de l'hospice. Elle ne disparaît que pour faire place à la névralgie, signe avant-coureur d'une nouvelle évolution de zona, et reparaît quand cette évolution est terminée. L'intervalle compris entre deux éruptions successives a été de huit à quinze jours. Jamais les vésicules ou les bulles n'ont laissé de cicatrices. La malade n'a pas remarqué que les paupières du côté gauche aient jamais été moins sensibles au contact que les paupières droites ou le reste de la face.

L'état général laisse un peu à désirer. Elle tousse beaucoup, sans avoir cependant de lésions aux sommets. L'appétit est diminué; la langue saburrale. Elle a de la tendance aux lipothymies, surtout le matin. Quoiqu'elle ait plus de seize ans, les règles n'ont pas encore paru. Elle doit avoir perdu un peu la mémoire. Toutefois, on ne trouve chez elle aucun autre symptôme qui puisse se rapporter à une lésion des centres nerveux. En définitive, jusqu'à ce jour le zona s'est montré une fois à droite et dix fois à gauche.

Tels sont les faits observés chez cette malade. Ils sont fort remarquables et leur analyse minutieuse fera ressortir l'originalité de certains détails importants.

Tout d'abord, il ne viendra à l'esprit de personne de contester que nous n'ayons eu affaire à un véritable zona des paupières. La névralgie prémonitoire, précédant, puis accompagnant l'éruption vésico-bulleuse, et enfin lui survivant; le siége spécial, les caractères et la marche de cette éruption ne

Digitized by Google

permettent pas de songer à l'érysipèle phlycténulaire, la seule affection qui ait quelques points de contact avec l'herpès zoster.

Cette observation n'aurait pas d'autre mérite que de relater un cas ordinaire, de zona ophthalmique, qu'elle aurait déjà une certaine valeur ; car, cette affection est loin d'être commune. En effet, sur 5,000 malades qui se présentèrent en trois ans à la clinique ophthalmologique du docteur Cohn, il n'y eut qu'un seul cas de zona ophthalmique. Steffan n'en a observé qu'un seul cas sur 2,854 malades. Enfin, on trouve résumées dans la remarquable thèse du docteur Hybord (1) à qui nous avons emprunté ces chiffres les 99 observations qui existaient dans la science vers la fin de 1872, y compris celles de l'auteur. Rare d'une façon absolue, le zona ophthalmique est rare aussi relativement aux zonas des autres régions. Sur 95 zonas, Bærensprung n'en compte que 6 siégeant sur la face. Hébra qui dans l'espace de neuf ans a observé 102 zonas, n'en a vu qu'un seul affectant le territoire du nerf ophthalmique (Joy Jeffries). La rareté de cette affection serait donc déjà un motif très-suffisant pour livrer à la publicité le cas dont nous avons tracé l'histoire.

Mais ce cas diffère et par le siége et par la marche de l'affection de tous ceux qui ont été publiés jusqu'à ce jour.

Au point de vue du siége, notre zona n'affecte que les paupières, ou s'il dépasse le pourtour de l'orbite, c'est pour envahir soit la pommette, soit la partie voisine de la racine du nez.

Jamais il n'apparaît sur le front. Ainsi limité, il occupe une région composée de deux régions secondaires, séparées par la fente palpébrale, l'une appartenant au département du nerf ophthalmique, l'autre à celui du nerf maxillaire supérieur. Cette distribution des groupes vésiculaires est tout à fait exceptionnelle. Ordinairement le zona ophthalmique ne se développe que sur le territoire du nerf de ce nom, c'est-à-dire sur la paupière supérieure, le côté correspondant du nez et

(1) *Du zona ophthalmique*, par le Dr A. Hybord, thèse de Paris 1872.

Digitized by Google

le front. A proprement parler nous sommes donc en présence d'un zona des paupières, zona extrêmement rare, puisqu'il n'en existe qu'une observation due à Hutchinson. (n° 6 du résumé de Hybord).

Nous avons vu qu'à un moment donné il s'est développé une conjonctivite bulbaire sans phlyctène affectant surtout le cul-de-sac inférieur du côté malade. Un peu auparavant, des vésicules s'étaient montrées pour la première fois sur la partie du nez adjacente à l'angle interne de l'œil. C'était là un indice certain que le nerf nasal était lésé, et l'inflammation subséquente de la conjonctive vient confirmer la règle de Hutchinson, remaniée par M. Hybord, qui établit, que les tuniques de l'œil ne souffrent qu'autant que le nerf nasal est compromis, c'est-à-dire quand l'éruption envahit le côté correspondant du nez. Cependant, il est vrai de dire que la conjonctive s'affranchit assez souvent de cette loi, qui concerne plus spécialement la cornée et l'iris. Cela va de soi, car ceux-ci ne reçoivent que des nerfs ciliaires, tandis que la conjonctive puise ses rameaux nerveux à plusieurs autres sources.

La marche de l'éruption chez notre malade se distingue par une originalité toute spéciale. Les nombreuses récidives qu'elle a présentées sont un fait tout à fait nouveau ; car jamais jusqu'à ce jour il n'a été fait mention d'un zona ophthalmique récidivé. Quelque soit son siége, le zona récidive rarement, et c'est à peine si l'on trouve çà et là quelques relations de récidives survenues plusieurs années après la première manifestation. Chez cette jeune fille les récidives s'élèvent déjà au nombre de onze, elles apparaissent périodiquement, sans être jamais séparées par plus de quinze jours d'intervalle, affectant toujours les mêmes points et ne laissent jamais après elles ces cicatrices indélébiles qui sont l'apanage ordinaire du zona ophthalmique.

Sans que l'on sache pourquoi, le zona, après une première manifestation à gauche, a brusquement sauté à droite, puis est revenu affecter le côté gauche et s'y est maintenu depuis. A ce moment le zona était double et symétrique par rapport à

Digitized by Google

la ligne médiane. Le zona double est tout à fait exceptionnel. Sur le tronc, il est fort rare, et dans les exemples cités, les deux demi-ceintures n'étaient jamais à la même hauteur (Hardy). Il n'existe qu'une seule observation de zona double de la face due à M. Laillier et publiée par M. Hybord. (L'éruption, qui était sous la dépendance d'une fièvre herpétique, se développa d'emblée des deux côtés sur le front, la paupière inférieure, les pommettes, le nez et les lèvres.)

Chaque récidive suit une évolution à cycle défini et toujours identique à lui-même. La scène pathologique se reproduit invariablement dans l'ordre suivant : douleur névralgique sous-orbitaire ou malaire dans la soirée, insomnie, sommeil le matin seulement; au réveil, la malade peut à peine entr'ouvrir ses paupières tuméfiées, et déjà recouvertes de bulles, tant a été énergique la poussée herpétique et rapide la confluence des vésicules. La douleur est aussi intense que la veille et ne disparaîtra qu'après l'éruption. Cette persistance de la douleur avant, pendant et après l'éruption cutanée, indique que c'est là le symptôme capital dont dépendent tous les autres; et en effet, dans tout zona la distribution des vésicules a toujours lieu exclusivement sur le territoire cutané du rameau nerveux douloureux. Certains troubles de la sensibilité qui accompagnent ou suivent quelquefois l'herpès zoster ont été recherchés d'une manière spéciale chez cette malade. Tant que les bulles ne sont pas desséchées et n'ont pas disparu, le moindre contact arrache une plainte à la malade.

JUN 24 1887

Cette hyperesthésie cède avec la névralgie. Puis celle-ci est toujours suivie de l'anesthésie, de l'analgésie et de la thermo-paralysie qui ont été constatées dans certains cas de zonas ophthalmiques. A tel point que la malade n'accuse ni sensation de contact, ni douleur quant on enfonce une épingle dans la peau de la région malaire. Jusqu'à présent les récidives ont été trop rapprochées pour que ces troubles nerveux aient pu se maintenir un certain temps. Ils disparaissent régulièrement à l'approche d'une nouvelle poussée.

Quelle est la nature de cette affection ? D'après ce qui

Digitized by Google

vient d'être dit sur le siége et la marche des symptômes observés, il est évident qu'ils dépendent de la lésion d'un nerf ou d'un centre nerveux sensitif, dont la réaction morbide s'est traduite et par la névralgie (lésion des filets sensitifs) et par l'éruption herpétique (lésion des filets trophiques). « Or, les recherches de Bærensprung, de Charcot, de Cotard, de Weidner, d'O. Wiss et de Wagner démontrent que le zona est toujours l'expression cutanée d'une névrite ou d'une irritation causée par une hypérémie active ayant pour siége soit le ganglion spinal, soit son analogue le ganglion de Gasser. » (Hybord). Notre malade a donc eu une névrite double du ganglion de Gasser, qui a persisté à gauche. Il reste à élucider la cause de cette névrite et de ces récidives si singulières. Là nous entrons dans le champ des hypothèses.

Cette fille est rhumatisante depuis longtemps, c'est là une condition de terrain favorable au développement du zona (Bazin, Hardy, etc.) Si une cause occasionnelle quelconque, l'influence du froid par exemple, est venue se conjuguer avec la prédisposition, l'étiologie de cette affection, qui serait alors le zona arthritique de M. Bazin, se trouve entièrement élucidée. On peut encore admettre une évolution directe de la diathèse rhumatismale, qui, chassée des articulations malades est venue se réfugier dans le ganglion de Gasser et y a déterminé une hypérémie active ou une inflammation. Cette manière de voir justifierait même le passage de l'inflammation d'un ganglion à celui du côté opposé ; car, ces bonds capricieux rentrent tout à fait dans les allures du rhumatisme. Mais cette diathèse peut-elle rendre compte de ces récidives, régulières et à courte échéance de la série desquelles on ne peut encore prévoir ni la fin, ni l'issue ? Ne doit-on pas plutôt incriminer une lésion encéphalique encore latente qui ne se traduirait jusqu'à présent que par ce flux régulier sur le ganglion du trijumeau ?

Pour nous, il ne nous reste plus qu'à établir que chez cette malade le ganglion de Gasser gauche est vraiment atteint. Si l'on était appelé un jour à faire l'autopsie, nous trouverions probablement les lésions qui ont déjà été rencontrées

Digitized by Google

chez deux malades morts dans le cours d'un zona ophthalmique.

L'une de ces autopsies est due à Weidner, l'autre à O Wys qui en a donné une longue et minutieuse relation (*Beitrag zuze Kenntniss des Herpes zoster*) *von prof. Oskar Wyss*, *Archiv. der Heilkunde*, 1871). Nous avons pu nous-même constater ces altérations chez une malade morte dans le service de M. Bondet, à l'Hôtel-Dieu, et dont l'autopsie a été faite par notre collègue M. Gangolphe, interne du service, qui a bien voulu nous communiquer la relation suivante :

Jeanne C....., âgée de 42 ans, qui a déjà eu six accouchements précédents tout à fait normaux, entre le 24 décembre 1873 à la maternité de l'Hôtel-Dieu et accouche d'un enfant mort-né. La macération avancée de l'épiderme indique que la mort remonte à au moins trois semaines. Cette femme, était souffrante depuis près d'un mois. Elle avait un point de côté à droite, toussait beaucoup et présentait des symptômes adynamiques.

L'auscultation révéla l'existence d'une pleurésie droite. De plus elle portait sur le visage une éruption herpétique remontant aux premiers jours de sa maladie et presque arrivée à la période de dessication au moment de son entrée à l'hôpital. Cette éruption était distribuée sur deux traînées qui, partant de l'angle externe de l'œil gauche, suivaient le bord ciliaire, l'une sur la paupière supérieure, l'autre sur l'inférieure, se coudaient à angle droit vers l'angle interne de l'œil pour remonter sans se confondre sur le front jusqu'à deux ou trois centimètres au-dessus de la tête du sourcil. On voyait ainsi quelques croûtes sur la pommette, sur la commissure labiale et à l'entrée de la narine, du même côté. Il n'existait pas au niveau de l'éruption de douleur assez vive pour que la malade les accusât ; et lorsque l'attention fut attirée sur cette manifestation cutanée, l'adynamie était trop profonde pour qu'on pût obtenir des renseignements anamnestiques complets. Les symptômes adynamiques allèrent en croissant, la malade eut une attaque épileptiforme le 7 janvier et mourut le lendemain.

Digitized by Google

A l'autopsie, outre les lésions de la pleurésie droite et la splénisation du lobe inférieur du poumon droit, on constata que la moitié gauche de la protubérance était beaucoup plus friable que celle du côté opposé ; les faisceaux transversaux paraissaient dissociés et la résistance à la coupe était bien plus faible du côté gauche. Cependant il n'y avait pas de vascularisation anormale. La portion du trijumeau qui s'étend de la protubérance au ganglion de Gasser était plus molle à gauche qu'à droite ; la pie-mère qui entoure le ganglion et ses trois branches était fortement injectée à gauche, et lorsqu'on enleva cette membrane, le ganglion de Gasser et les branches qui en émanent présentaiet une mollesse et une vascularisation manifeste, surtout si on les comparait à leurs homologues du côté sain.

L'examen histologique n'a malheureusement pas pu avoir lieu.

Depuis que cette communication a été faite à la Société des sciences médicales, notre jeune fille est rentrée à l'Antiquaille (27 mars 1874), affectée de crises hystériformes.

La première crise est survenue subitement le jour même où les règles se montraient pour la première fois, et le flux menstruel a été supprimé, au bout de quelques heures ; le lendemain on constatait qu'elle était complètement aphone.

Les crises se sont succédé à intervalles irréguliers : elles s'annoncent par une sensation de constriction de la gorge, bientôt suivie de pâleur de la face, de mouvements convulsifs des membres, de perte de connaissance et d'anesthésie presque complète. Toutefois, on n'observe ni écume à la bouche, ni assoupissement consécutif. Plus tard, s'est déclarée une sorte de chorée de la face, et la série des zonas interrompue pendant près de quarante jours a repris son cours et l'on a noté trois manifestations à gauche et une à droite. Enfin, dans ces derniers jours (12 juin) les crises hystériformes ont disparu, ainsi que les mouvements choréiques de la face, et l'aphonie rebelle jusqu'ici semble enfin céder à l'emploi de l'électrisation du larynx, par courants induits. L'état général

Digitized by Google

laisse à désirer ; la malade a perdu de ses forces et de son appétit. Les règles n'ont pas reparu, l'intelligence est nette. En définitive, jusqu'à présent la malade a eu treize poussées de zona palpébral à gauche et deux à droite.

Digitized by Google

DE

L'HÉMIPLÉGIE ALTERNE

PAR LÉSION D'UN PÉDONCULE CÉRÉBRAL

PAR M. LE Dr PERROUD.

On sait que M. Gubler a désigné sous le nom de *paralysie alterne* toute paralysie dépendant d'une lésion unique, et frappant à la fois plusieurs régions du corps situées à droite et à gauche de la ligne médiane, à des hauteurs différentes. L'alternance provient de ce que la lésion est placée de telle sorte qu'elle frappe à la fois des nerfs qui ont déjà opéré leur entrecroisement et des nerfs qui n'ont encore subi aucune décussation. Une pareille condition anatomique se trouve réalisée à la face inférieure du cerveau, au voisinage de l'origine apparente des nerfs crâniens ; à ce niveau une lésion anatomique peut en effet atteindre en même temps les nerfs crâniens décussés et les sources d'innervation des membres avant leur entrecroisement; elle déterminera donc sur les parties innervées par le nerf crânien une paralysie directe, c'est-à-dire du même côté qu'elle, et sur les membres une paralysie croisée, c'est-à-dire du côté opposé.

On comprend par ce qui précède que des hémiplégies alternes peuvent naître de la combinaison d'un certain nombre de paralysies. M. Gubler (1) et M. Millard ont attiré plus

(1) Gubler : De l'hémiplégie alterne envisagée comme signe de lésions de la protubérance annulaire et comme preuve de la décussation des nerfs faciaux. *(Gazette hebdomadaire,* 1856.)

Millard : Rapport sur des observations de M. Poisson et de M. Senac. *(Bulletin de la Société anatomique de Paris,* 1856.)

Digitized by Google

particulièrement l'attention sur l'hémiplégie alterne par alternance de l'hémiplégie du facial avec l'hémiplégie des membres. De même, suivant le siége de la lésion, la paralysie des membres inférieurs pourra alterner avec celle d'un oculo-moteur commun, d'un trijumeau, d'un pathétique, d'un hypoglosse ou d'un acoustique, en un mot avec la paralysie d'un des nerfs crâniens.

On trouve dans les recueils périodiques plusieurs observations de paralysie de l'oculo-moteur externe alternant avec une hémiplégie des membres (1) ; celles qui portent sur l'oculo-moteur commun sont peut-être moins rares ; M. Rendu dans sa thèse sur les *paralysies dans la méningite tuberculeuse* (Paris, 1874) les dit même assez communes. Néanmoins leur fréquence est assez limitée pour que nous pensions qu'il y ait quelque intérêt à relater les faits suivants que nous avons eu l'occasion d'observer ces dernières années.

Obs. I. — *Paralysie des membres à* GAUCHE, *paralysie du moteur oculaire commun à* DROITE. — *Ramollissement rouge du pédoncule cérébral et du nerf oculo-moteur* DROITS. — *Granulations tuberculeuses dans la plupart des organes. — Ecchymoses sur le foie et la muqueuse de l'estomac et des intestins.*

Marie A..., âgée de dix ans, apprentie couturière, est apportée à la Charité le 23 avril 1873.

Depuis une dizaine de jours, nous disent les personnes qui

(1) Voir l'observation de Raynaud, recueillie dans le service de M. Briquet à la Charité : paralysie du moteur oculaire externe *droit* et des membres *gauches*, portant surtout sur la sensibilité ; lésion probable du mésocéphale dans la partie postérieure droite de la région bulbaire. (Mémoire de Gubler, *Gazette hebdomadaire*, 1859.)

Obs. II, rapportée par Landry, service de M. Sandras. — Hémiplégie *gauche* des membres et de la face ; paralysie du moteur oculaire externe et surdité à *droite*. Ramollissement blanc du côté *droit* de la protubérance annulaire. (*Bulletin de la Société anatomique de Paris*, 1858.)

Obs. III, de Foville, service de M. Moissenet. — Paralysie de la face et

Digitized by Google

l'amènent, cette jeune fille a perdu sa gaîté et son appétit et se sent un peu indisposée. Depuis quatre jours cette indisposition, qui n'inspirait du reste aucune inquiétude, empêche la malade de se livrer à ses occupations habituelles.

Tout à coup et sans cause connue, aujourd'hui, à six heures du matin, elle perd connaissance et reste dans le coma. Cet état sembla s'améliorer au bout d'une heure ou deux; mais l'amélioration cessant de s'accentuer, on apporte la petite malade à la Charité.

Au moment de son admission (23 avril, dix heures du matin), nous la trouvons dans l'état suivant :

Coma presque complet; décubitus dorsal, la tête un peu renversée en arrière; légère contracture des muscles de la nuque et du dos. Paralysie des membres du côté *gauche*. Soulevés au-dessus du lit, ils retombent comme des masses inertes et sans exécuter le moindre mouvement. Quand on les pince, la malade émet quelques plaintes après quelques secondes de pincement; elle fait de légers mouvements avec les membres droits pour se défendre, et l'on parvient même à tirer d'elle quelques phrases courtes, telles que « vous me faites mal! vous me pincez! » qu'elle prononce peu distinctement et comme une personne endormie. Les membres du côté droit sont en résolution moins complète et non paralysés; ils exécutent quelques mouvements quand on les sollicite et sont moins inertes; la sensibilité y est aussi moins obtuse.

Chute de la paupière *droite* avec forte dilatation de la pu-

du droit externe à *gauche*, des membres et du droit externe à *droite*. (*Bulletin de la Société anatomique de Paris*, 1858.)

Obs. IV, citée par Moissenet (du docteur Yelloby, dans le *Traité des maladies des yeux*, de Mackensie). — Paralysie de l'oculo-moteur externe *gauche* et des membres à *droite*. Tumeur comprimant le pont de varole et s'étendant jusqu'au corps pyramidal *gauche*. (*Société anatomique*, 1858.)

Obs. V, de M. Féréol. — Paralysie de l'oculo-moteur externe *gauche* et des membres à *droite*. Tumeur tuberculeuse de la protubérance annulaire. (*Société médicale des hôpitaux de Paris*, 1873.)

Digitized by Google

pille. Le globe de l'œil de ce côté est entraîné en dehors, et ses mouvements en dedans, en haut et en bas paraissent abolis. Conservation de la sensibilité de la conjonctive et de la face. Chute de la mâchoire inférieure. Pas d'hémiplégie faciale.

Pouls à 128, très-petit et régulier, 40 respirations par minute. Refroidissement et cyanose des extrémités. Taches méningitiques et nœuds musculaires très-marqués. Quelques râles sibilants dans les deux poumons; rien au cœur. (Pastilles de potasse à la nuque, calomel.)

Le 24 avril. La résolution musculaire générale est encore plus prononcée. La paralysie des membres à gauche et de l'oculo-moteur commun à droite est néanmoins très-manifeste. Pouls à 176; respiration à 36 par minute. Chaleur de la peau. Pas de cris, pas de convulsions. La mort survient le même jour à une heure du soir.

Autopsie trente heures après la mort. — L'arachnoïde est épaissie et opaline, surtout à la base du cerveau. Sérosité un peu louche dans les espaces sous-arachnoïdiens. Pie-mère très-congestionnée, présentant de petites granulations tuberculeuses transparentes à la base et le long des vaisseaux dans la scissure de Sylvius. Trois cuillerées à soupe environ de sérosité louche dans les ventricules.

Ramollissement rouge occupant la moitié inférieure du pédoncule cérébral droit dans toute son épaisseur. Le tronc du nerf moteur oculaire commun droit est compris dans la lésion cérébrale; il est d'un rouge lie de vin et paraît plus mince que celui du côté opposé. Quelques petites granulations tuberculeuses siégent dans la pie-mère à ce niveau.

Les deux poumons sont farcis de très-nombreuses granulations jaunâtres, variant entre la grosseur d'un grain de millet et celle d'un grain de chenevis. Forte congestion du parenchyme pulmonaire sans cavernes ni sclérose.

Nombreuses granulations sur les plèvres, surtout sur les plèvres interlobaires. La plèvre droite est adhérente dans toute son étendue; ces adhérences sont lâches et parsemées de granulations grises.

Digitized by Google

Le foie présente à la coupe une trentaine de granulations jaunes de la grosseur d'un grain de millet. Il adhère au diaphragme, et ces adhérences sont comme celles de la plèvre droite, peu serrées, parsemées de fines granulations et paraissent de formation récente. Quelques ecchymoses sur la face antérieure de l'organe.

Granulations jaunes dans la rate. Reins congestionnés mais non tuberculeux.

Rien au cœur..

Nombreuses ecchymoses sur la muqueuse du grand cul-de-sac de l'estomac et sur celle de l'intestin grêle. Quelques granulations sur la tunique séreuse de cet intestin. Ganglions mésentériques volumineux et quelques-uns légèrement caséeux.

Réflexions. — Ainsi, voilà une jeune fille qui, après quelques jours de malaise, est prise subitement de perte de connaissance, avec paralysie des membres à gauche et de l'oculo-moteur commun à droite ; de très-léger opisthotonos et de résolution plus ou moins marquée des autres parties du système musculaire. Le diagnostic pouvait être : paralysie alterne par lésion unique du pédoncule cérébral droit, intéressant à la fois le nerf oculo-moteur droit et les nerfs d'innervation des membres, ou bien coexistence de deux paralysies par coïncidence de deux lésions, l'une dans l'hémisphère droit expliquant la paralysie des membres à gauche, et l'autre sur un point du trajet de l'oculo-moteur commun expliquant la paralysie des muscles innervés par ce nerf.

La coïncidence du début de ces deux paralysies nous a fait pencher pour l'adoption de la lésion unique et l'autopsie nous a donné raison. L'hydrocéphalie et la compression du cerveau qui en résultait expliquent la résolution musculaire et le coma.

Signalons la présence des ecchymoses du foie et de la muqueuse stomaco-intestinale, qui rappellent celles que Schiff, Brown-Sequard, etc., ont obtenues expérimentalement par la lésion des pédoncules cérébraux chez les animaux.

Signalons aussi la généralisation et la confluence de l'érup-

Digitized by Google

tion granuleuse chez notre malade en regard du peu de retentissement symptomatologique qu'elle a eu en dehors des accidents cérébraux.

Signalons enfin la coexistence de la pleurésie diaphragmatique droite avec la péritonite diaphragmatique du même côté, et la grande ressemblance que l'inflammation a présentée sur l'une comme sur l'autre de ces séreuses. Nous reviendrons peut-être un jour sur la fréquence et le mécanisme de l'extension d'un processus morbide des séreuses thoraciques à la séreuse abdominale, sans lésion appréciable du diaphragme et réciproquement.

Obs. II. — *Syphilis. — Paralysie des membres à* droite *et de l'oculo-moteur commun à* gauche, *— Bons effets de l'iodure de potassium.*

Jean G..., âgé de 48 ans, balancier à Lyon, entre le 1er février 1866 à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Bruno, où il est couché au n° 11.

A l'âge de vingt ans, chancre du gland à base cartilagineuse, suivi quelques mois après d'une éruption pustuleuse sur les cuisses. Il y a trois ans, laryngite d'un mois de durée. Il y a trois mois, douleur névralgique lancinante partant de l'épaule gauche et s'irradiant dans tout le membre supérieur. Cette douleur dure tout le mois de novembre.

A la fin du mois de décembre 1865, sans cause connue, chute de la paupière supérieure de l'œil *gauche* et occlusion complète de l'œil de ce côté.

Le 27 janvier 1866, la paralysie oculaire gauche s'était très-sensiblement améliorée quand subitement, sans signe précurseur et sans perte de connaissance, survient une paralysie des membres à *droite*. Trois jours après (le 1er février 1866) le malade entre à l'Hôtel-Dieu.

A ce moment, la paupière supérieure *gauche* s'élève aussi complètement que la droite, mais il reste encore un peu de strabisme externe. L'hémiplégie droite est incomplète. Le malade peut exécuter des mouvements avec les membres de ce

Digitized by Google

côté, mais ils sont faibles et limités; la jambe plie lorsque G... cherche à marcher, et la station debout est même impossible. Quelques crampes dans le membre inférieur droit. Les mouvements réflexes y sont faciles à provoquer. La sensibilité paraît intacte. Légère hémiplégie faciale à droite; l'orbiculaire des paupières de ce côté paraît peu atteint. Céphalalgie fréquente.

Le malade est soumis à l'iodure de potassium, dont la dose est portée à 3 grammes par jour.

Le 24 février, la guérison est presque complète. La paralysie de l'oculo-moteur commun a disparu. Il ne reste qu'un peu de faiblesse du bras droit. Le malade demande sa sortie.

Réflexions. — En résumé, un homme ayant eu des accidents syphilitiques, est pris sans cause connue d'une paralysie de l'oculo-moteur *gauche*, et, quelques semaines après, d'une paralysie des membres à *droite*, au moment où la paralysie oculaire s'était notablement amendée. L'iodure de potassium fait rapidement disparaître ces accidents.

La nature et les résultats du traitement, les antécédents du sujet, la marche et les allures de sa maladie nous montrent que nous avons eu affaire ici à une affection syphilitique. L'intégrité absolue de l'intelligence chez notre patient, la paralysie d'un nerf crânien, l'invasion de la paralysie des membres, sans perte de connaissance et sans attaque d'apoplexie, nous portent à localiser la lésion plutôt à la base que dans l'intérieur du cerveau. Il est plus difficile de savoir si nous avons eu affaire ici à une véritable paralysie alterne, c'est-à-dire à une seule lésion portant sur le pédoncule cérébral *gauche* et intéressant à la fois le nerf oculo-moteur commun gauche et les filets d'innervation des membres à droite, ou bien si nous avons eu affaire à la coexistence de deux paralysies, c'est-à-dire à deux lésions portant l'une sur un point quelconque du tronc de l'oculo-moteur commun gauche, l'autre sur quelques points du trajet des nerfs destinés aux membres du côté droit.

Le début des deux paralysies n'a pas coïncidé. Leur marche non plus n'a pas été exactement parallèle; aussi peut-on

Digitized by Google

douter de l'existence d'une vraie paralysie alterne ; cependant l'écart existant entre les deux paralysies n'est pas si considérable que nous puissions affirmer non plus l'existence certaine de lésions multiples. Nous pensons que cette affirmation pourrait se soutenir à meilleur droit dans l'observation suivante :

Obs. III. — *Paralysie des membres à* GAUCHE, *puis paralysie du moteur oculaire commun à* DROITE. — *Strychnine, électricité. — Guérison.*

Marie B..., âgée de trente-deux ans, ménagère, demeurant à Lyon, entre le 18 avril 1861 à l'Hôtel-Dieu.

Elle n'accuse aucune maladie antérieure ; mais au mois de juillet 1860, en se relevant brusquement, elle se frappe fortement la tête à une espagnolette au niveau du sinciput ; elle n'éprouva sur le moment qu'un léger étourdissement, mais rien de plus.

Au milieu du mois d'août de la même année, vive céphalalgie, surtout au niveau de l'endroit où le coup avait porté, troubles de la vue, quelques vertiges. Les accidents durèrent jusqu'au 23 novembre.

A cette époque, la malade se réveille un matin avec une paralysie incomplète des membres du côté gauche ; la face était épargnée, la langue seulement était un peu embarrassée et la parole gênée. Marie B... entre à l'Hôtel-Dieu une première fois et en sort au mois de février 1861 à peu près complètement guérie, ne conservant qu'un peu de gêne et de raideur dans le membre inférieur gauche.

Quelques jours après la sortie de la malade de l'Hôtel-Dieu, vive douleur névralgique dans le côté *droit* de la tête. Cette douleur dura une dizaine de jours, puis survinrent peu à peu du strabisme externe, de la diplopie avec chute de la paupière supérieure du côté droit. Marie B... se décide alors à rentrer à l'hôpital.

Au moment de son entrée, nous constatons une paralysie à peu près complète de l'oculo-moteur commun *droit*. Stra-

Digitized by Google

bisme externe, chute de la paupière supérieure, dilatation et immobilité de la pupille, diplopie. La malade cependant peut encore avec quelques efforts exécuter de très-légers mouvements d'élévation de la paupière supérieure et de rotation du globe de l'œil en dedans. Conservation de la sensibilité de la peau de l'orbite et des parties avoisinantes ; celle de la conjonctive est tout à fait nulle.

Il reste encore dans les membres gauches un peu de raideur, surtout dans la jambe, quand la malade veut courir. Pas d'analgésie, ni d'anesthésie.

Vésicatoires péri-orbitaires pansés avec la strychnine. Quinze séances d'électrisations ont été employées. Les électrodes appliqués autour de l'orbite déterminaient chaque fois des douleurs assez vives en raison de l'exquise sensibilité et de l'état intact de la cinquième paire.

Le 22 juillet, Marie B... demande son *exeat*. Elle est presque entièrement guérie. La sensibilité de la conjonctive est revenue ; l'œil droit s'ouvre complètement ; le globe de l'œil a repris ses mouvements, cependant la cornée ne peut pas encore atteindre le grand angle de l'œil. Les membres gauches ont toute leur contractilité ; la jambe, qui était un peu lourde au moment de l'entrée de la malade, a repris toute sa légèreté.

RÉFLEXIONS. — Nous insisterons peu sur les différences que cette observation présente avec notre première. Ici, nous voyons une femme qui à la suite d'un traumatisme est prise de vives céphalalgies, suivies d'hémiplégie *gauche* ; ce n'est que quatre mois après, quand elle est presque guérie de cette hémiplégie qu'elle est atteinte de douleurs dans la partie droite de la tête, puis d'une paralysie du moteur oculaire commun du côté *droit*. Nous avons eu affaire ici à deux paralysies ayant coexisté presque parallèlement, et nous pensons qu'il s'est produit dans ce cas une double lésion, l'une par traumatisme dans l'hémisphère droit, expliquant la paralysie des membres gauches, et l'autre sur le nerf moteur oculaire commun droit, expliquant la paralysie des parties innervées par lui. Les bons effets qu'ont produits les exci-

Digitized by Google

tants locaux tendraient à démontrer que cette dernière paralysie a été périphérique plutôt que centrale.

L'observation suivante est un exemple encore plus saisissant de pseudo-paralysie alterne par coïncidence de deux paralysies, l'une des membres à droite; l'autre de la paupière à gauche.

Obs. IV. — *Paralysie des membres à* droite. — *Chute de la paupière supérieure* gauche. — *Tubercules méningés. Ramollissement blanc de l'hémisphère cérébral* gauche. — *Tubercule de l'orbite* gauche, *empêchant les fonctions de l'élévateur de la paupière de ce côté. — Accès épileptiformes. — Mort.*

André G..., de Lyon, jeune garçon de quatorze ans, entre à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Bruno, le 8 janvier 1862.

Depuis six ou huit mois, cet enfant se plaignait de céphalalgie et de malaise général. Il y a cinq mois, des vomissements et des accès épileptiformes se joignirent à ces accidents; on le fit entrer alors à l'hospice de la Charité (juillet 1861), où il resta en traitement jusqu'au 24 décembre de la même année.

Pendant son séjour dans cet hôpital, on constata chez lui de la céphalalgie, quelques vomissements et de temps à autre des accès épileptiformes plus ou moins répétés. Peu à peu l'œil se ferma; la paupière supérieure s'éleva de moins en moins facilement et finit par cacher à peu près complètement le globe de l'œil. On aperçut en même temps une petite tumeur dure, peu douloureuse sur la paroi supérieure de l'orbite, semblant adhérer en ce point au frontal. La pupille du reste et les muscles de l'œil fonctionnaient normalement.

Bientôt les membres du côté *droit* devinrent plus faibles que ceux du côté gauche; le malade devint triste, apathique et finit par tomber dans un état de somnolence continuelle: ses parents le retirèrent alors de l'hospice de la Charité

Digitized by Google

(24 décembre 1861), et après l'avoir gardé trois semaines chez eux, l'amenèrent à l'Hôtel-Dieu le 8 janvier 1862.

A ce moment, le petit malade est dans le coma. Depuis douze jours il ne parle plus, et depuis hier il ne paraît plus entendre. La paupière supérieure gauche est abaissée, les membres du côté *droit* paralysés ; la mort survient trois jours après.

Autopsie. — On trouve sur la paroi supérieure de l'orbite *gauche* une tumeur tuberculeuse dure, jaunâtre, de la grosseur d'une noisette, empêchant les mouvements d'élévation de la paupière supérieure de ce côté.

Dans la boîte crânienne, les trois méninges sont confondues au niveau de la partie latéro-externe de l'hémisphère gauche en une plaque caséeuse, jaunâtre, de 1 à 1 1/2 centimètre d'épaisseur, formant une sorte de cuirasse à cet hémisphère dans une grande étendue de sa face inférieure et latérale. La base du cerveau est saine, mais l'hémisphère gauche est ramolli et diffluent. Les corps opto-striés paraissent moins altérés que la masse cérébrale ambiante.

Réflexions. — Le doute ici n'est pas possible ; nous avons affaire à *deux paralysies placées d'une manière alterne*, et non pas à *une paralysie alterne ;* M. Gubler, dans son mémoire si connu, a insisté tout particulièrement, à propos de la paralysie alterne du facial, sur la nécessité de faire cette distinction. On voit que le même diagnostic doit être posé lorsqu'il s'agit de tout autre paralysie alterne, de celle de l'oculo-moteur commun, par exemple.

Dans le but de fournir quelques points de comparaison qui puissent faciliter l'étude des faits précédents, nous avons feuilleté quelques-unes des publications de ces dernières années, et nous y avons emprunté les indications bibliographiques suivantes auxquelles nous renvoyons le lecteur.

Obs. V (Weber). — Paralysie de la face, du bras et de la jambe à *droite*. Paralysie de l'oculo-moteur commun à *gauche*. Hémorrhagie du pédoncule cérébral gauche. (*Société*

Digitized by Google

médico-chirurgicale de Londres, séance du 28 avril 1863, et *Archiv. gén. de médecine*, 1863.)

Weber signale deux autres observations identiques : l'une d'Andral, l'autre de Green. (*The Lancet*, 16 mai 1863.)

Obs. VI. (Service de Gull à Guy's hospital). — Paralysie des membres à *gauche*, paralysie de l'oculo-moteur commun à *droite*. Tumeur du pédoncule cérébral *droit*. (*Medical Times*, 30 mai 1863, et *Archiv. génér. de médecine*, 1863.)

Obs. VII. (Goodfellow, à Middlesex hospital). — Paralysie des membres à *droite*. Paralysie du moteur oculaire commun à *gauche ;* difficulté de l'accommodation de l'œil gauche ; sclérose du pédoncule cérébral *gauche*. (*Medical Times*, 30 mai 1863, et *Archiv. génér. de méd.*, 1863.)

Obs. VIII. (Oyon, service de M. Vulpian à la Pitié). — Paralysie des membres à *gauche*. Paralysie de l'oculo-moteur commun à *droite*. Ramollissement du pédoncule cérébral *droit*. (*Mémoires et comptes-rendus de la Société de biologie*, 1870.)

Obs. IX. (Bonnafin, service de M. Piorry). — Paralysie des membres à *droite*. Paralysie du moteur oculaire commun *gauche*, puis faiblesse des membres à *gauche* et paralysie du moteur oculaire commun à *droite*. (Gubler, mémoire sur les paralysies alternes en général et particulièrement sur l'hémiplégie alterne avec lésion de la protubérance annulaire, in *Gazette hebdomadaire*, 1859.)

Obs. X. (Causit, service de M. Triboulet à l'hôpital Sainte-Eugénie). — Paralysis agitans et paralysie faciale à *gauche*. Blépharoptose et mydriase à *droite*. Tumeurs tuberculeuses de l'isthme de l'encéphale au-dessus de la protubérance (*Bulletin de la Société anatomique de Paris*, 1866.)

Obs. XI. (Luton). — Paralysie des membres à *gauche*. Paralysie du moteur oculaire commun à *droite*. Ramollissement du pédoncule cérébral droit. (*Gazette hebdomadaire*, 1859, in Gubler, Mémoire sur les paralysies alternes.)

Digitized by Google

Obs. XII. (Thèse de Kœchlin). — Paralysie des membres de la sixième et de la septième paires à *gauche*. Paralysie du moteur oculaire commun à *droite*. Masse tuberculeuse occupant la couche optique, le pédoncule cérébral et la protubérance du côté droit. (*Gazette hebdomadaire*, 1859, in Gubler, Mémoire sur les paralysies alternes.)

Obs. XIII. (William Hammond). — Paralysie de l'oculo-moteur commun à *gauche*. Paralysie des membres et de la face à *droite*. Pas d'autopsie. (*British medical journal*, 14 juin 1873.)

Obs. XIV. (Le Teinturier). — Paralysie complète du mouvement et de la sensibilité des membres à *gauche*; paralysie complète du moteur oculaire commun à *droite*. Résolution musculaire sans paralysie et légère diminution de la sensibilité des membres à droite. Foyer hémorrhagique dans le pédoncule cérébral *droit*; sclérose des artères du cerveau. (*Bul. Soc. anatomique de Paris*, 1870.)

Obs. XV. (Villard). — Syphilis. Chute de la paupière supérieure, strabisme externe, rétrécissement et immobilité de la pupille à *droite*. Paralysie faciale. Hémiplégie incomplète des membres à *gauche*. Pas d'autopsie. (*Marseille Médical*, 20 mai 1874.)

Digitized by Google

NOTE

SUR

LES FISTULES MUSCULAIRES

IDIOPATHIQUES

PAR M. EUGÈNE VINCENT

INTERNE DES HÔPITAUX.

Cette espèce de fistules n'ayant pas été distinguée par les auteurs comme une entité morbide, leur description est donc à faire de toutes pièces. Nous n'avons pas la prétention de la créer; nous voulons dans cette brève note, inspirée par trois observations très-intéressantes, poser simplement la question : à savoir, si les faits qui la constituent ne mériteraient pas une place à part dans le cadre nosologique.

Anatomie pathologique. — L'anatomie pathologique de la myosite, soit aiguë, soit chronique et de ses divers modes de terminaison, parmi lesquels les fistules sont possibles, a été faite par Bokke Borkma, *Dissertatio de sorcogenesi et morbis musculorum organicis*, Groningue, 1834; par Dionis des Carrières, *De la myosite*, thèse de Paris, 1851; par Friedberg, *Anatomische Erscheinungen der Muskelentzündung* dans *Wochenblatt der Zeitschrift der Gesellschaft der Œrzte zu Wien*, 1856; par Fischer, *De la myosite*, thèse de Paris, 1859; par Virchow dans plusieurs publications qu'Otto Weber a résumées dans *Zur Entswikellungsgeschichte des Eiters*, dans *Virchow's Archive*, 1858; par Linhart, *Beitrag zur Lehre von kalten Abcessen* dans *Œsterreiche Zeitschrift für practische Heikunde*, 1859; enfin par Rindfleisch (de Bonn), dans son be

Digitized by Google

Traité d'histologie pathologique, 2e partie, 18e section, *altérations du système musculaire*, page 706 et suivantes de la traduction. L'histoire de la rupture sous-cutanée des muscles a été écrite par Jean Sédillot : *De rupturâ musculari*, 1786. Idem, *Mémoire sur la rupture musculaire* (mémoires et prix de la Société de médecine de Paris, 1817, p. 155) ; par F. Schnell, *Dissert. inaug. de naturâ reunionis musculorum vulneratorum*, Tubingæ, 1804; — Roulin : *Du mécanisme des ruptures musculaires* (journal de physiologie expérimentale, 1821, tome I, page 295) ; — J. Bouquet : *De la rupture spontanée des muscles de la vie animale* (thèse de Paris, 1847, n° 158).

Nous renvoyons à toutes ces sources pour les questions qui se rattachent de près ou de loin à notre sujet.

Trajet. — On verra dans les observations annexées à ce travail que les trajets fistuleux sont assez nombreux. La plaie musculaire, après avoir marché assez rapidement à cicatrisation, s'arrête impuissante à terminer sa guérison. Les bourgeons charnus qui affrontent les lèvres de la plaie se décolorent et laissent entre eux des pertuis par lesquels suinte un léger mais intarissable écoulement séro-purulent. Le stylet plongé dans ces orifices entre assez profondément dans l'épaisseur du muscle blessé, mais il ne sort pas de son périmètre, malgré les recherches les plus attentives ; jamais, dans les observations rapportées, on n'a réussi à toucher une surface osseuse, point capital, on le comprend, et qu'il faut élucider de toute nécessité pour savoir si l'on est en présence d'une fistule d'origine osseuse ou d'origine musculaire. Si l'on se représente que le traumatisme ou la suppuration ne détruise pas comme à l'emporte-pièce toutes les fibres d'un segment donné de muscle, et que la cicatrisation ne s'effectue pas d'une seule venue sur toute l'étendue d'une solution de continuité, on aura une idée assez exacte de la fistule musculaire avec ses trajets se poursuivant autour de colonnes constituées, soit par des faisceaux musculaires intacts, soit par des trabécules cicatricielles, en un mot assez comparable

Digitized by Google

à une éponge qu'il suffit de presser pour obtenir les liquides qu'elle détient.

Contenu. — Ces liquides, lorsque la fistule est établie, sont plutôt de la lymphe que du pus. Pour être exact, la fistule musculaire laisse couler de la lymphe légèrement chargée de globules de pus.

Etiologie, marche et physiologie. — Les fistules musculaires pourraient succéder à des abcès nés sous l'influence d'une cause générale comme la morve, le farcin, l'infection purulente, la diathèse scrofuleuse, etc. Dans nos observations, elles sont nées sous l'influence d'une cause locale : contusion, rupture.

Pourquoi ces abcès, pourquoi ces solutions de continuité, soit accidentelles, soit opératoires, peuvent-elles, lorsqu'il s'agit du tissu musculaire, mettre un temps très-considérable à se réparer et même se transformer en fistules incurables ?

Dans notre première observation, il a fallu s'avouer vaincu après trois ans d'efforts.

Dans la seconde, la cicatrisation n'a paru s'établir sérieusement qu'au bout de six mois.

Dans la troisième, la cicatrisation n'a pas exigé moins de trois mois.

M. Gayet ayant à lutter contre la désespérante persistance de ces fistules musculaires, s'est appliqué à en rechercher la cause. Elle est bien simple. En effet, si l'on pose en principe qu'il est indispensable à toute restauration de tissu que les lèvres de la solution de continuité soient dans l'immobilité, que le mouvement est incompatible avec le travail réparateur de la cicatrisation, il est aisé de voir que par sa nature même la plaie musculaire n'est pas dans les conditions requises.

Quelles sont, en effet, les parties constituantes d'une plaie, d'un abcès musculaire ? Ne sont-ce pas, en tout ou partie, des extrémités de fibres contractiles rompues ? Or, les muscles ne sont presque jamais inactifs, et l'on peut même dire d'une façon absolue que rien n'est moins que le repos leur manière d'être. Alors qu'ils n'impriment pas aux membres des mouvements de translation, outre qu'ils ne sont jamais

Digitized by Google

dans l'état de résolution complète, ils se contractent sur place à chaque instant sous une influence ou sous une autre, celle du contact des objets extérieurs, celle des impressions morales, celle de certains états d'éréthisme nerveux, enfin, celle des mouvements réflexes qui composent notre vie quotidienne et dont on n'a même pas conscience la plupart du temps. Il est facile de concevoir quels troubles incessants doivent apporter à la cicatrisation les contractions des fibres musculaires, dont les extrémités viennent tirailler et dilacérer plus ou moins les bourgeons charnus reposant sur elles au fur et à mesure qu'ils se forment. Il est facile de comprendre pourquoi la solution de continuité met parfois un temps énorme à se combler de bourgeons charnus, pourquoi l'organisation de ceux-ci est si laborieuse et même impossible, pourquoi les récidives sont si fréquentes, pourquoi enfin la cicatrisation des fistules musculaires ressemble tant à la *toile de Pénélope*, si j'ose m'exprimer ainsi.

Si nous voulions généraliser, nous dirions que l'impuissance cicatricielle des solutions de continuité dans les muscles relève d'une des causes générales qui entravent la réparation des tissus : *absence d'immobilité*. Pourquoi, par exemple, les plaies axillaires sont-elles quelquefois si longues à se fermer ? n'est-ce pas à cause des mouvements du bras, du thorax qui troublent constamment le paisible et silencieux travail de la cicatrisation. Le poids du sein, les mouvements de ballottement que lui imprime la marche, etc., créent parfois un obstacle très-difficile à vaincre. C'est ainsi que nous avons vu pour cette dernière cause la cicatrisation d'un abcès axillaire exiger un temps considérable chez une jeune fille du service de M. Gayet à Saint-Paul. Mais revenons à notre sujet.

Traitement. — Le traitement, s'il veut être rationnel, doit s'inspirer évidemment de l'indication capitale qui ressort des réflexions précédentes : empêcher, autant que faire se peut, les grandes et petites, les manifestes ou latentes contractions des muscles.

Sédillot disait que le plus sûr moyen d'empêcher la con-

Digitized by Google

traction d'un muscle, c'était la compression. Les bandages inamovibles, dextrinés ou silicatés, s'offrent ici d'eux-mêmes pour remplir ce but. Par leur rigidité, ils interdisent au membre les mouvements de translation, et par la compression qu'ils exercent ils modèrent les contractions sur place des fibres musculaires. Mais, d'une part, ces contractions sur place n'étant jamais complètement supprimées, ainsi que nous l'avons dit, alors même que le bandage est fait récemment ; d'autre part, le coton du bandage, même le plus soigné, se tassant au bout de quelque temps, le bandage ne réalise jamais absolument l'indication : immobilité parfaite ; et de là vient que, même sous le bandage silicaté, les fistules musculaires sont toujours longues à guérir, lorsqu'elles guérissent.

Voici maintenant les trois observations qui forment le thème de cette note :

Première observation (rédigée avec les souvenirs de M. Gayet et les notes de M. Julien). — Pierre Julien, demeurant à Chance (Isère), âgé de vingt ans, employé au chemin de fer. — 1867 à 1870 — (Saint-Louis, service de M. Gayet).

Les antécédents pathologiques de ce jeune homme ne présentent à signaler que des adénites cervico-maxillaires de l'enfance. Jamais de maladie vénérienne.

L'affection qui l'amène à l'Hôtel-Dieu a pour cause première l'accident dont voici le narré :

En novembre 1867, conduisant une voiture, il tomba du siége sous la roue, qui lui passa sur le corps par une diagonale allant de la cuisse droite à l'épaule gauche. Le véhicule étant fort heureusement léger et peu chargé, le traumatisme ne fut point grave, car Julien put se relever seul et remonter sur son siége.

La bénignité de la contusion permit au malade de continuer son travail, trois mois durant, après l'accident. Mais ce laps de temps écoulé, la cuisse se prit à augmenter de volume. Julien hésita deux mois avant de venir à l'hôpital, où, peu de jours après son entrée, on lui ouvrit un abcès considéra-

Digitized by Google

ble de la cuisse. La cicatrisation s'effectua rapidement et il fut en état de sortir au bout d'un mois de séjour. La marche, incertaine pendant quelque temps, se raffermit bientôt, redevint normale et permit la reprise de la vie habituelle. Mais la guérison ne se maintint pas, l'abcès se rouvrit et dégénéra en fistule.

Le malade revint à l'hôpital en mai 1869, soit environ un an après la première ouverture de l'abcès ; et voici ce que l'observation relève alors :

En dehors et au-dessus de l'insertion inférieure du biceps fémoral existe une plaie longitudinale d'environ 5 à 6 centimètres de longueur et présentant des points recouverts d'épiderme à côté d'autres points encore bourgeonnants. Sur ces derniers on trouve, au milieu de gros bourgeons pâles, trois trajets fistuleux qui permettent au stylet de pénétrer assez avant dans l'épaisseur du membre (muscle vaste externe). Le malade nous communique la remarque qu'il a faite sur la marche de son mal. Il a bien observé que les abcès successifs auxquels il donne naissance se ferment assez vite de dedans en dehors, mais que le processus curateur expirait en quelque sorte sur les lèvres de la plaie, car une fois la guérison amenée jusqu'à elles, l'abcès se reformait, la fistule se rétablissait, enfin une marche inverse ramenait au point de départ et ainsi de suite.

M. Gayet après s'être bien assuré que les fistules n'étaient pas symptomatiques d'une lésion osseuse, procéda de la manière la plus simple à leur destruction. Il se contenta d'inciser les trajets jusqu'au fond pour transformer la fistule en *tranchée ouverte* qu'il remplit de charpie.

La plaie après avoir admirablement bourgeonnée jusqu'à ses limites cutanées, reprit bientôt les caractères signalés plus haut et la fistule se reforma comme avant.

Le malade, qui était sorti au moment où sa plaie marchait bien, revint à l'hôpital en novembre 1869, c'est-à-dire six mois après.

Partant de l'idée que cette impuissance de réparation avec laquelle l'art était aux prises devait être imputée à une cer-

Digitized by Google

taine atonie des parties, M. Gayet joignit cette fois à l'incision l'action modificatrice du fer rouge. Le résultat fut exactement le même : nouvel abcès, rétablissement de la fistule.

C'est alors que pour la première fois, M. Gayet pensa que le fait d'être au sein d'un tissu musculaire pouvait bien exercer une influence fâcheuse sur la cicatrisation, mais demeurant encore sous l'empire de l'idée premièrement adoptée, que la non-cicatrisation relevait de l'atonie, de l'induration des parties, il pratiqua, à l'aide des ciseaux et du bistouri, l'excision des parois indurées des trajets fistuleux, de telle sorte que ces derniers fussent changés en un vaste hiatus musculaire s'ouvrant sur le côté externe de la cuisse.

Même marche inspirant les plus belles espérances au début, mais aboutissant à la déception la plus entière.

Le malade partit. On le revit en juin 1870. On observa à cette époque ce qui suit :

La jambe est fléchie ; la partie postéro-externe de la cuisse présente dans le sens longitudinal et sur une étendue de 17 centimètres un enfoncement en forme de canal, à bords légèrement froncés, d'un rouge pâle en certains points, violacé en d'autres. Vers la partie inférieure, le canal est étroit et profond. Cet enfoncement correspond au muscle biceps. Le trajet dont il est l'orifice marche dans le muscle vaste externe. Lorsqu'on embrasse avec la main le muscle biceps et tous ceux de la couche profonde, on sent une dureté presque ligneuse, le tendon bicipital donne spécialement la sensation d'une corde fortement tendue.

En constatant la dureté et le retrait des muscles postérieurs de la cuisse, M. Gayet pensa que la cause de l'insuccès de la cicatrisation résultait sans doute de l'insertion des fibres de ces muscles sur les parois même de la plaie, et cela par suite des tractions incessantes qu'elles exerçaient sur cette dernière.

Résultat tout aussi négatif. On essaya ensuite l'immobilisation du membre dans la position inverse, c'est-à-dire en flexion dans l'espoir que le relâchement des muscles posté-

Digitized by Google

rieurs procuré par la flexion favoriserait la guérison si vainement cherchée.

Dans cette vue, le membre fut allongé et placé dans un appareil inamovible.

Cet espoir fut encore déçu. Enfin, M. Gayet se détermina, en désespoir de cause, à faire la section sous-cutanée des tendons du groupe externe des muscles de la cuisse. Elle ne facilita que très-médiocrement l'extension; sans désemparer, on sectionna les tendons internes. L'angle formé par le membre peut alors osciller dans un espace de trois à quatre degrés, au-delà duquel on rencontrait une résistance très-puissante et fort douloureuse. Il semblait que par cette opération la cause fut définitivement gagnée. Il n'en était rien, hélas !

Le malade fatigué de tant de vaines tentatives, demanda formellement à sortir, ce qu'il fit en promettant de ne pas revenir.

En résumé, voilà une fistule d'origine manifestement musculaire, consécutive à une contusion légère, terminée par suppuration ; trois années entières de traitement dans les hôpitaux n'ont pu la guérir ; les incisions simples, les incisions accompagnées de cautérisations, l'excision des parois indurées, l'immobilisation en état d'extension puis de flexion, la section sous-cutanée des tendons de tous les muscles capables de tirailler la plaie ; tous ces moyens ont été d'une stérilité égale. Il a fallu se résigner à laisser partir le malade en s'avouant à bout de ressources.

La fistule musculaire a donc un caractère tout spécial et doit être regardée comme une affection sérieuse, à cause de sa désespérante ténacité (1).

(1) Nous avons vu Pierre Julien au commencement de septembre 1874. Son état général était excellent à tous égards, son teint frais et vermeil, son regard vif et joyeux annonçaient une santé parfaite. Il nous a appris qu'après bien des péripéties il avait vu, deux ans et demi après sa sortie de l'Hôtel-Dieu, sa plaie se fermer définitivement, et sa jambe reprendre de la solidité, à tel point qu'il peut briguer une place de *facteur rural* et en remplir convenablement les pénibles fonctions pendant neuf mois. Grâce

Digitized by Google

Deuxième observation (rédigée avec les souvenirs de M. Gayet). — Homme âgé de trente ans environ, 1874 (salle des Opérés, service de M. Gayet). Ce malade s'est fait à la jambe droite la rupture vulgairement appelée *coup de fouet*, à la suite de laquelle il ne prend aucune précaution. Au bout de quelque temps, une bosse sanguine, douloureuse et de la grosseur d'un œuf de poule, s'était collectée à la jambe. Il entre pour ce motif à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Sacerdos, où il est placé dans un bandage silicaté. Celui-ci fut enlevé un mois après, toute douleur ayant disparu et la bosse sanguine n'étant plus qu'une simple induration. Le malade sortit, mais à peine eut-il marché quelques jours que des accidents inflammatoires éclatèrent et que le malade fut contraint de rentrer à l'Hôtel-Dieu. Admis dans la salle des Opérés, service de M. Gayet, il y fut placé de nouveau dans un bandage inamovible. Au bout de quelques jours, le malade paraissant soulagé, on enleva l'appareil. Mais on reconnaît à ce moment que la tumeur sanguine est devenue fluctuante et on la ponctionne avec un trocart capillaire. Le liquide obtenu est de la sérosité citrine dont la quantité peut être évaluée à 25 grammes environ. Quelques jours après, le liquide se reforme et les accidents inflammatoires devenant plus manifestes, M. Gayet a recours à l'ouverture au bistouri. L'incision met à jour une cavité plongeant dans la masse musculaire de la jambe, à parois épaisses tapissées de fibrine. Les pansements à tranchées ouvertes conduisirent assez promptement la plaie à cicatrisation. Mais à peine le

à sa guérison et à son emploi, il avait pu contracter un mariage de son goût. Malheureusement le bon état de sa jambe avait moins duré que les premiers jours de son union; car son bonheur fut bientôt troublé par la nécessité d'abandonner son emploi de facteur. La cicatrice de la plaie avait, par sa force de rétraction invincible, placé la jambe dans une flexion qui rendait la marche prolongée tout à fait impossible. Au moment où nous l'avons vu, Pierre Julien marchait avec peine sur la pointe du pied fléchi en varus équin forcé. La cicatrice de la cuisse avait un bel aspect; mais si sa force écartait tout danger d'une récidive de fistule, elle autorisait toutes les craintes pour l'avenir, au point de vue de la marche.

Digitized by Google

malade se crut-il guéri, qu'il voulut marcher, et alors les bourgeons se décolorèrent, se flétrirent, la cicatrisation rétrograda. Le membre est de nouveau placé dans un bandage silicaté ; sous l'appareil, la plaie se ferme au bout de quarante jours. Le bandage enlevé, le malade s'empresse encore de faire usage de son membre, et encore la cicatrice se rompt, la plaie se rouvre et les choses ne sont pas plus avancées qu'au commencement ; tout est à refaire.

Nouveau bandage, nouvelle condamnation à un repos absolu. Après deux mois d'immobilisation, la cicatrisation, sembla parfaite ou du moins plus solide que dans les résultats trompeurs qui avaient précédé ce dernier. Dans l'espoir de maintenir la guérison, on renvoya le malade à Longchêne. Les accidents s'y sont-ils renouvelés, le malade en est-il parti complètement guéri ? Nous l'ignorons.

Dans cette hypothèse, la guérison n'aurait pas demandé moins de six mois.

Troisième observation. — Marie Fayard, âgée de seize ans, née à Montrottier, canton de Saint-Laurent (Rhône), entrée le 16 mars 1874, dans la salle Saint-Paul, service de M. Gayet.

Un soir de l'hiver de 1870-1871, la jeune Marie Fayard dormait près du feu, la tête reposant sur sa main gauche et le coude appuyé sur le dossier d'une chaise. Une de ses camarades écartant brusquement son coude du dossier de la chaise, par manière de plaisanterie, Marie se réveille en sursaut et reportant violemment son coude sur le dossier de la chaise, s'y heurte très-fort. Elle éprouve alors, outre de la douleur locale au point frappé, ce que l'on nomme l'*anesthesia dolorosa* dans le territoire périphérique du nerf cubital ; huit jours après il s'était formé une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule à la face postérieure du bras, à 4 centimètres de l'olécrâne, le membre étant dans la flexion. C'était probablement une bosse sanguine produite par contusion et la déchirure de quelques faisceaux de fibres du triceps huméral.

Digitized by Google

Le médecin appelé prescrivit l'apposition immédiate de quatre sangsues, puis quelques jours après deux vésicatoires, à trois jours d'intervalle, et enfin des badigeonnages à la teinture d'iode pendant un mois.

D'après le récit de la malade, quatre saillies furonculeuses se montrèrent sur la tumeur à la suite de ce traitement. Les unes s'ouvrirent spontanément, les autres furent ouvertes avec l'instrument tranchant, toutes donnèrent issue à du pus rougeâtre. La cicatrisation de ces abcès n'exigea pas moins de deux mois. Elle paraissait complète, puisque durant trois ans la jeune fille posséda l'usage parfait de ses membres.

Mais le 8 mars 1874, c'est-à-dire plus de trois ans après la contusion originelle, Marie Fayard ayant été chargée de porter un paquet trop lourd pour elle, sentit, au moment où elle voulut le soulever de la main gauche, une douleur vive, comme une déchirure au niveau et au-dessus de ses anciens abcès du bras. Les jours suivants, il s'y forma une nouvelle tumeur douloureuse chaude.

Marie Fayard entra à l'Hôtel-Dieu le 16 mars 1874, salle Saint-Paul. Huit jours après son entrée, M. Gayet ouvrit par une large incision l'abcès collecté à 8 centimètres au-dessus de l'olécrâne. Le bistouri donna issue à un liquide citrin, en tout semblable à celui qui a toujours été rencontré dans les fistules musculaires. Pour favoriser la réparation des tissus, M. Gayet, après avoir fait panser la plaie à ciel ouvert, fit appliquer un bandage silicaté, tenant le membre supérieur en flexion aiguë et collé contre le thorax. On vit, sous cet appareil, la cicatrisation s'effectuer à grands pas ; mais le travail réparateur s'arrêta au niveau de la peau, et pendant trois mois on assista au spectacle d'une cicatrisation aussitôt détruite que commencée. Trois ou quatre orifices versent goutte à goutte de la lymphe plastique, tenant en suspension un nombre plus ou moins considérable d'éléments embryonnaires. Le stylet introduit dans ces bouches s'enfonce de 3, 4 et 5 centimètres dans l'épaisseur du muscle triceps, sans jamais atteindre de surface osseuse. Du reste, ni l'humérus ni l'articulation huméro-cubitale n'ont jamais donné de douleur.

Digitized by Google

Après trois mois d'immobilisation relative dans le bandage, les fistules paraissant presque taries et l'appareil étant devenu impropre à sa destination, celui-ci fut coupé, et le bras placé dans une simple écharpe de Mayor. Nous pouvons maintenant décrire l'état des parties :

1° *L'aspect extérieur ou la cicatrice.* A 6 centimètres au-dessus de l'olécrâne et un peu en dedans de l'axe du bras nous retrouvons sur la même ligne, à un centimètre d'intervalle, les deux anciennes petites cicatrices déprimées signalées plus haut. Au-dessus de la plus élevée, et lui faisant suite, existe une gouttière toujours en dedans de l'axe du bras, longue de 7 centimètres, large au maximum de 3 et profonde de 5 à 8 millimètres environ. Ses bords arrondis se chagrinent lorsqu'ils atteignent le fond de la gouttière, qui est représenté par une surface de tissu cicatriciel inachevé, longue de 4 centimètres 1/2 et large de 5 millimètres. C'est sur cette surface qu'on voit sourdre deux gouttelettes de lymphe qui décèlent la persistance de trajets fistuleux. L'exploration à l'aide du stylet ne conduit qu'à 1 ou 2 centimètres de profondeur.

2° *Parties voisines.* Lorsqu'on serre la région postérieure du bras sous la cicatrice on ne sent pas d'induration, ni dans la continuité du muscle, ni dans le segment allant de la cicatrice à l'os. Celui-ci n'a donc aucune connexion avec la fistule. La jointure est également indemne.

3° *Mouvements du bras.* Les mouvements de flexion sont parfaits ; ceux d'extension présentent plusieurs particularités dignes d'être mentionnées. Et tout d'abord, ils sont douloureux et, partant, limités spontanément.

En second lieu, lorsqu'on fait contracter le triceps, on voit le fond de la cicatrice se tendre en masse et sa partie supérieure monter et se creuser en infundibulum. Ce phénomène est dû évidemment à l'insertion des fibres du triceps sur la cicatrice. Ce fait intéressant ne livre-t-il pas la preuve la plus péremptoire de la raison physiologique que nous avons attribuée plus haut à la genèse et au maintien des fistules musculaires ?

Digitized by Google

Aujourd'hui 20 juillet, les trajets fistuleux ne laissent plus suinter de sérosité ; ils semblent obturés complètement. D'un autre côté, les mouvements (limités et doux) du bras s'exécutent sans douleur. La malade pourra s'en aller en se disant guérie, mais la leçon du passé ne nous permettra pas de partager sa confiance et de la laisser partir sans la munir de bons conseils pour conjurer une récidive.

Digitized by Google

DE L'URÉE

ET DE SON DOSAGE

PAR S. COTTON

PHARMACIEN DE PREMIÈRE CLASSE.

L'urée découverte à l'état impur, en 1773, par Rouelle le jeune, qui la décrivit sous le titre : *Extractum saponacœum urinæ*, fut préparée pour la première fois à l'état pur en 1799 par Fourcroy et Vauquelin.

Je ne crois pas qu'on lui ait attribué une grande importance physiologique jusqu'au jour où Wœhler l'obtint artificiellement en unissant l'acide cyanique à l'ammoniaque.

Des recherches ultérieures prouvèrent en effet que les modes de synthèse de ce corps sont nombreux.

Mais le plus intéressant pour la médecine est sans contredit celui qui fait dériver l'urée de l'allantoïne, de l'alloxane, de l'acide urique, et, d'après M. Béchamp, en général des substances albuminoïdes.

En un mot, l'urée, produit ultime de la combustion, au sein de l'organisme, des substances protéiques, est la conséquence du renouvellement incessant des tissus.

Pour comprendre l'importance de cette dérivation, passons en revue quelques-uns de ces corps ; les produits accessoires et intermédiaires de la réaction offriront aussi leur intérêt.

1° *Allantoïne.* Cette substance, découverte dans l'eau amniotique de la vache par Vauquelin et Buniva, se produit en même temps que l'acide carbonique lorsqu'on attaque l'acide urique par un oxydant :

Digitized by Google

$$\underset{\text{Acide urique.}}{C^{10}\,H^4\,Az^4\,O^6} + H^2\,O^2 + 2\,PbO^2 = \underset{\text{Allantoïne.}}{C^8\,H^6\,Az^4\,O^6} + 2\,(CO^2\,PbO)$$

Il y a en même temps formation d'urée et d'acide oxalique par l'attaque de l'allantoïne formée.

$$\underset{\text{Allantoïne.}}{C^8\,H^6\,Az^4\,O^6} + H^2\,O^2 + 2\,PbO^2 = 2\,\underset{\text{Urée.}}{C^2\,H^4\,Az^2\,O^2} + C^4\,O^6 + 2\,PbO$$

2° *Alloxane.* Ce corps, décrit sous le nom d'acide érythrique par Brugnatelli en 1817, prend encore naissance en même temps que l'*urée* par l'action des oxydants sur l'acide urique.

Si l'on traite l'alloxane par les alcalis à chaud, il se produit encore de l'urée et de l'acide mésoxalique, corps non azoté. De sorte que tout l'azote de l'acide urique s'est éliminé à l'état d'urée.

Les oxydants directs, c'est-à-dire ceux qui perdent de l'oxygène, et les oxydants indirects, tels que le chlore, le brome et l'iode, qui oxydent les autres corps en s'emparant de l'hydrogène de l'eau ou de la substance organique, et par conséquent laissent de l'oxygène disponible à l'état naissant, agissent d'une manière analogue sur l'acide urique.

En variant les modes d'attaque, les oxydants peuvent encore transformer l'alloxane en acide *parabanique*, lequel peut à son tour produire de l'acide oxalique et de l'urée.

Nous voyons que l'acide urique, en se transformant en urée, donne dans tous les cas de l'acide oxalique.

Cet acide oxalique subit lui-même une métamorphose complète dans le trajet circulatoire, sous l'influence de l'alcalinité et de l'oxygène du sang, ou se retrouve dans les dépôts urinaires sous forme d'oxalate de chaux, suivant la force de combustion de chaque individu.

Tous ces faits doivent être pris en considération par le médecin, dans l'affection connue sous le nom d'*oxalurie*, maladie que l'on peut reproduire jusqu'à un certain point artificiellement en introduisant dans l'estomac une quantité de substances azotées supérieure à celle que l'oxygène du sang est susceptible de brûler.

Il n'est pas rare, en effet, de rencontrer de l'acide oxalique

Digitized by Google

dans les urines d'un individu sain, après un repas copieux.

L'oxalurie, aussi bien que la gravelle urique, est la conséquence d'une combustion incomplète des aliments. Cependant elle doit être l'étape nécessaire entre cette dernière et la guérison.

La créatine, sous l'influence des alcalis, peut également se dédoubler en urée et *sarcosine*.

Je diviserai en deux catégories les réactions et les propriétés de l'urée :

La première comprendra les réactions qu'il est indispensable de connaître lorsqu'on s'occupe des essais d'urine, mais qui n'ont pas encore reçu d'application directe.

La seconde aura trait aux réactions qui ont servi de base à tous les procédés de dosage de l'urée connus jusqu'à ce jour.

1° L'urée, principe constituant de l'urine des mammifères et particulièrement des carnivores, se retrouve en proportion bien moindre dans l'urine des oiseaux et des reptiles. Chez les herbivores c'est l'acide hippurique qui prédomine.

Elle continue à se former après cessation d'un régime azoté, et alors c'est aux dépens des tissus qu'elle prend naissance.

L'urée a été trouvée dans le sang des cholériques et en général pendant le cours des maladies qui troublent les sécrétions urinaires.

L'acide urique en donne à la distillation.

L'urée est incolore à l'état de pureté; sa solution ne s'altère pas.

Son action sur les papiers réactifs est nulle; cependant dans certains cas elle se comporte comme les alcaloïdes : par exemple dans ses combinaisons avec les acides nitrique, oxalique et chlorhydrique. Les acides urique, lactique et hippurique sont sans action sur elle.

Pulvérisée et mêlée à certains sels hydratés, l'urée en sépare l'eau de cristallisation, bien qu'elle ne soit pas susceptible de se combiner avec l'eau, car exposée à l'air elle s'hydrate peu. (Le camphre jouit de propriétés analogues.)

Digitized by Google

Ce corps est le type d'un groupe des mieux définis en chimie organique. Si en effet l'on remplace l'ammoniaque par une ammoniaque composée dans ses combinaisons avec l'acide cyanique on obtient des urées correspondantes. Chaque alcool en fournit plusieurs.

2° L'urée ne se décompose pas à l'ébullition en présence d'une grande quantité d'eau; mais lorsque la solution se concentre, il se dégage de l'ammoniaque parce que le liquide s'échauffe au-dessus de 100°.

Elle fond à 120° et se décompose à quelques degrés au-dessus en carbonate d'ammoniaque.

Le chlore décompose une solution aqueuse d'urée en acide carbonique, azote et acide chlorhydrique. Le brome, les hypochlorites et les hypobromites agissent d'une manière analogue.

L'acide nitreux et l'acide nitrique coloré en rouge par les vapeurs nitreuses décomposent instantanément l'urée en acide carbonique, azote et eau.

Une solution acide de nitrate mercureux agit de la même façon.

L'oxyde mercurique forme avec l'urée un composé insoluble.

L'acide sulfurique concentré décompose l'urée en acide carbonique et ammoniaque.

La potasse caustique en fusion produit le même effet.

L'urée forme avec les acides nitrique et oxalique des composés peu solubles.

Elle se dédouble en carbonate d'ammoniaque au sein de l'urine en présence d'un ferment particulier.

Les principaux procédés de dosage de l'urée basés sur les réactions ci-dessus et portant le nom de leurs auteurs sont les suivants :

1° Lecanu; 2° Chalvet; 3° Heintz; 4° Ragski; 5° Millon; 6° Leconte; 7° Boymon; 8° Gréhant; 9° Bunsen; 10° Liebig; 11° Davy; 12° Hansfield; 13° Knop et Hufner; 14° Esbach; 15° Yvon; 16° Bouchard; 17° Musculus; 18° Magnier de la Source; 19° Dupré.

Digitized by Google

Ces dix-neuf procédés, reposant la plupart du temps sur une simple modification d'appareil, peuvent se ramener à sept principaux et voici comment:

1° *Lecanu* utilisa l'insolubilité du nitrate d'urée; mais ce sel étant soluble dans l'acide nitrique même concentré, et le chlorure de sodium, toujours abondant dans l'urine, jouissant de la propriété de se combiner au nitrate d'urée pour former un sel double non décomposable par l'alcool, il peut en résulter une perte de dix pour cent.

M. Chalvet a essayé de rendre plus pratique et plus exact ce mode de dosage. Pour cela il prend 2 grammes d'urine qu'il évapore au bain-marie. Un peu avant la fin de la dessication, il ajoute de l'acide nitrique jusqu'à ce que la dernière goutte ne soit plus retenue par la masse cristalline. Cette masse cristalline lavée avec de l'acide nitrique saturé de nitrate d'urée est séchée et pesée.

Ce prodédé est long et nécessite des soins qui ne le rendent pas clinique.

2° *Heintz* utilise l'action de l'acide sulfurique concentré. Après avoir éliminé l'acide urique en laissant l'urine en contact avec quelques gouttes d'acide chlorhydrique pendant plusieurs heures, il évapore en présence de l'acide sulfurique jusqu'à ce que le dégagement de gaz s'établisse. On recouvre alors le creuset d'une lame de verre pour empêcher les pertes par projection et évitant de dépasser 180°. Le résidu de l'évaporation contient du sulfate de potasse et du sulfate d'ammoniaque, bases qui sont dosées à l'état de chloroplatinate. Dans une seconde opération, on dose la potasse et l'ammoniaque que l'urine pouvait contenir et l'on soustrait. Deux équivalents de platine correspondent à un équivalent d'urée.

J'estime qu'un pareil dosage, sans parler de son peu d'économie, demande trois jours entiers pour être mené à bonne fin, à supposer même que le manipulateur soit assez habile pour éviter de fausses manœuvres.

Cette méthode est applicable à tous les cas où il ne s'est pas introduit dans l'urine de principe azoté, tels que sang, bile, etc.

Digitized by Google

Ragski modifie à peine le procédé de Heintz. Il fait bouillir l'urine avec la moitié de son poids d'acide sulfurique et chauffe jusqu'à ce que la matière soit noire.

Pour que ces deux procédés fussent rigoureux, il faudrait admettre que le sulfate d'ammoniaque ne soit pas du tout volatil. Il l'est très-peu en effet ; mais l'opération se faisant toujours sur une petite quantité d'urine, 8 à 10 centimètres cubes, la déperdition possible doit être prise en considération.

3° *Millon* a créé une méthode basée sur l'action du nitrate mercureux acide, laquelle consiste à transformer l'urée en acide carbonique, azote et azotate d'ammoniaque.

L'acide carbonique bien desséché sur de la pierre ponce imbibée d'acide sulfurique est retenu par de la potasse dans un appareil à boule, dont l'augmentation de poids multipliée par 1,3636 donne le poids de l'urée.

Le chiffre 1,3636 est déduit de la fraction 60/44e, 60 représentant l'équivalent de l'urée et 44 le double équivalent de l'acide carbonique, c'est-à-dire la quantité d'acide carbonique que donne l'urée.

Il ne serait pas possible de doser d'une manière rigoureuse l'urée par le volume d'azote dégagé à cause de l'introduction dans la réaction d'un corps azoté, l'acide nitrique, et aussi à cause de la formation d'un peu d'azotate d'ammoniaque. Il faut même s'assurer que l'urine ne contient ni carbonate ni bicarbonate, en ajoutant un peu d'acide tartrique, car l'opération se faisant en présence d'un liquide acide, l'acide carbonique préexistant serait dosé comme s'il provenait de l'urée. D'après Bunsen, Grehant, Boymon et Millon lui-même, l'exactitude de ce procédé n'est pas modifiée par la présence de la plupart des substances ternaires et quaternaires contenues dans l'urine normale ou pathologique, l'allantoïne exceptée.

Le procédé de Millon est sans contredit l'un des plus exacts. La réaction commence à froid et se termine à chaud.

Grehant évite l'emploi de la balance en aspirant le gaz

Digitized by Google

produit au moyen de la pompe à mercure, mesure le volume du gaz et absorbe l'acide carbonique par la potasse.

M. Bouchard a pensé qu'une modification de plus rendrait clinique le procédé de Millon. Au lieu de se servir de la pompe à mercure comme Gréhant, il fait la décomposition directement dans un tube gradué sur une couche de chloroforme et absorbe l'acide carbonique par la potasse.

Nous avons vu plus haut que la réaction, pour se terminer, demande l'intervention de la chaleur. De plus, soit qu'il s'agisse de doser l'acide carbonique ou l'azote, les chances d'erreurs sont à prendre en considération. Pour ces raisons multiples, le procédé de M. Bouchard ne sera pas adopté par les cliniciens.

M. Boymon emploie un appareil analogue ou même identique à celui de Geissler et d'Alvergnot pour le dosage de l'acide carbonique par perte de poids.

L'appareil pèse 45 à 50 gr. vide. On introduit un poids déterminé de réactif et d'urine. Or, 100 gr. d'urée donnent par expérience 120 gr. d'azote et d'acide carbonique à cause de l'intervention de l'eau. Il sera donc facile de calculer la quantité d'urée par la perte de poids de l'appareil.

Cette modification serait bonne s'il était démontré que la proportion d'azote fixée sous forme d'azotate d'ammoniaque est toujours identique; mais elle doit varier dans beaucoup de circonstances.

4° *Liebig* a mis à profit la combinaison insoluble que forme l'urée avec l'oxyde mercurique pour le dosage rapide de cette substance.

On se sert d'une liqueur titrée de nitrate mercurique; mais la grande difficulté consiste à maintenir la neutralité du mélange, car l'acide nitrique, devenu libre par la précipitation de l'oxyde mercurique, redissoudrait le précipité. On y parvient par une série de tâtonnements, au moyen de l'eau de baryte, ce qui nécessite une certaine habitude des analyses.

La méthode de Liebig a l'avantage de s'appliquer en même temps au dosage du chlorure de sodium; ce dernier formant avec le nitrate mercurique un sel double soluble, et l'action

Digitized by Google

du nitrate mercurique ne se portant sur l'urée pour donner un précipité que lorsque le sel double est formé.

5° *Bunsen* chauffe l'urine en vase clos entre 220 et 240° et la maintient quelque temps à cette température. On sait que dans ces conditions l'urée se décompose en carbonate d'ammoniaque.

Si à l'urine on a ajouté du chlorure de baryum ammoniacal, il se formera du carbonate de baryte, dont le poids servira à calculer celui de l'acide carbonique.

A part la difficulté d'exécution, ce procédé ne manque pas de valeur.

6° *Leconte* préconisa en 1848, pour le dosage de l'urée, l'action de l'hypochlorite de soude. Cette action commence à froid et se termine à chaud. Tout l'acide carbonique se fixe sur l'excès d'alcali de l'hypochlorite et l'azote devient libre.

A deux équivalents d'azote correspond un équivalent d'urée.

Il n'y a pas grand inconvénient à recueillir le gaz sur l'eau.

Le procédé connu en Angleterre sous le nom de *Davy* n'est autre que celui de Leconte, et *M. Esbach* n'a fait en somme que remplacer, dans le procédé de Davy, l'hypochlorite de soude par l'hypobromite. Encore est-il juste de dire que cette substitution avait déjà été effectuée en Allemagne par MM. Knop et Hufner.

Davy se servait en effet d'un tube gradué de 30 à 35 centimètres de long et pouvant contenir de 30 à 40 centimètres cubes, fermé d'un bout et rodé à l'émeri de l'autre.

Après l'avoir rempli aux deux tiers de mercure, l'on ajoute 1 à 3 centimètres cubes d'urine. On achève de remplir avec la solution d'hypochlorite et l'on tient l'orifice fermé avec le pouce jusqu'à ce que lé dégagement de gaz soit complet.

M. Hansfield Jones a modifié un peu la disposition de l'appareil sans le rendre plus clinique.

En 1872, *MM. Knop et Hufner* décrivirent un mode de dosage de l'urée et de l'ammoniaque par l'hypobromite de soude; la totalité de l'azote est recueillie dans un tube gradué à deux compartiments et à robinet.

Digitized by Google

M. Yvon avait observé des résultats analogues et fait construire un tube du même genre.

Les auteurs ont constaté que quelques principes azotés, tels que : acide hippurique, glycocolle, leucine, conicine, etc., ne dégagent pas d'azote en présence des hypobromites. L'oxamide est entièrement décomposée. L'acide urique, la créatine et les matières albuminoïdes en dégagent à la longue.

J'ai démontré dans un article précédent que certains corps dits antiseptiques jouissent de la propriété d'arrêter ou de ralentir le dégagement d'azote par cette méthode.

M. Magnier de la Source emploie un tube plus volumineux que celui de M. Yvon, dans le but d'opérer sur une plus grande quantité de matière et éviter les causes d'erreur inhérentes à de faibles doses.

L'emploi de l'hypobromite de soude a l'avantage sur l'hypochlorite de donner un dégagement plus prompt et plus régulier à froid.

Le procédé de séparation de la créatine donné par M. Yvon n'est pas rigoureux, le composé double de créatine et d'oxyde de zinc étant notablement soluble.

En somme, il faut soustraire 4 pour 100 du résultat obtenu pour avoir à peu près le chiffre rigoureux de l'urée; mais c'est là un inconvénient secondaire pour le physiologiste, qui saura par ce moyen à quoi s'en tenir sur la combustion totale des substances protéiques de l'économie.

Cependant, dans certains cas particuliers il sera utile au médecin de s'assurer de la proportionnalité entre l'urée, produit d'une combustion complète, et les autres substances azotées non complètement brûlées.

On peut reprocher au procédé de M. Yvon de nécessiter une cuve à mercure de 8 à 10 kil. de métal pour pouvoir manipuler à son aise, inconvénient capable d'arrêter un certain nombre d'expérimentateurs.

M. A. Dupré se passe de la cuve en adaptant à l'uromètre un tube de caoutchouc communiquant avec un réservoir à mercure mobile.

De mon côté, je suis arrivé au même résultat par le tour

Digitized by Google

de main suivant : après avoir introduit l'urine dans l'uromètre fermé, j'ajoute 10 à 15 centimètres cubes de mercure et j'achève de remplir avec de l'eau. S'il reste encore une bulle d'air après avoir renversé l'appareil, on la fait disparaître en ajoutant un peu de mercure dans le petit compartiment supérieur et en ouvrant le robinet, ou bien il suffit d'en tenir compte dans le dosage. Cela fait, je ferme le robinet et je porte le tube, qui est tenu fermé à la base avec le doigt, dans une capsule ou un petit mortier contenant une petite couche de mercure et une couche d'eau. Après cela, il suffit d'ajouter la liqueur d'hypobromite dans le compartiment supérieur de l'appareil et d'ouvrir le robinet pour laisser descendre la quantité voulue. Le reste de l'opération se termine comme dans le procédé Yvon. 200 gr. de mercure suffisent largement.

7° Lorsque l'urine se putréfie à l'air, l'urée se transforme en carbonate d'ammoniaque au moyen d'un ferment, lequel, selon MM. Pasteur et Tieghem, serait constitué par une *Torulacée* sous forme de globules sphériques de $0^{mm},0015$ de diamètre, sans granulations ni parois reconnaissables et paraissant s'accroître par bourgeonnement.

M. *Musculus,* pharmacien militaire, a essayé de confectionner avec ce corps microscopique un réactif de l'urée qu'il dit être très-sensible. Pour cela, il jette sur un filtre de l'urine pleine fermentation alcaline. Les globules du ferment s'interposent dans les pores du papier. Après avoir lavé à l'eau distillée pour faire disparaître l'alcalinité, on sèche entre 35° et 40°. On colore ensuite le papier au curcuma et on le sèche de nouveau. M. Musculus dit que ce réactif trempé dans une solution, même étendue d'urée, 1/100e à 1/1000e, ne tarde pas à se charger de carbonate d'ammoniaque, dont la présence se dénote par l'apparition de taches brunes sur le papier.

Quand on veut chercher l'urée par ce moyen, il faut d'abord neutraliser le liquide s'il est acide, ou ajouter au contraire de l'acide tartrique lorsque la liqueur contient des carbonates ou des bicarbonates, lesquels agissent à la longue sur le papier.

Digitized by Google

L'analyse quantitative de l'urée peut également être exécutée par ce moyen :

On introduit la solution d'urée dans un flacon avec du papier imprégné de ferment, un peu de teinture de tournesol et de l'acide sulfurique, le tout à une température de 25 à 30°. Cinq à six heures suffisent pour que la transformation de l'urée soit terminée. On dose ensuite l'ammoniaque formé.

Ce procédé d'analyse, très-intéressant au point de vue physiologique, est des plus rétrogrades au point de vue clinique.

Enfin, l'on sait que dans certains cas pathologiques l'urine se putréfie avant son arrivée à la vessie ou dans la vessie même, et sort chargée de carbonate d'ammoniaque.

M. Pasteur, qui en tient pour la théorie des micodermes, comme M. Béchamp pour celle des microzymas, pense que même dans ce cas il y a eu introduction de ferment dans l'organisme pour opérer le dédoublement de l'urée. Son instinct (séance de l'Académie de médecine, 20 janvier 1874) lui dit qu'il ne peut en être autrement ; l'introduction doit se faire le plus souvent dans l'opération du sondage. En vain MM. Gosselin, Ricord et Bouillaud objectent que l'alcalinité des urines se constate plus souvent sur les malades avant qu'après le sondage, et même en dehors de toute maladie locale de la vessie et des reins, consécutivement à la fièvre typhoïde par exemple. Mais alors M. Pasteur peut se passer de la sonde ; le canal de l'urèthre n'est-il pas pour ces êtres microscopiques un tunnel plus important que ne sera pour nous le tunnel sous-marin entre la France et l'Angleterre. Observons en passant que dans la plupart de ses expériences M. Pasteur interdit aux germes l'entrée de ses flacons au moyen d'une petite boulette de coton.

L'instinct de M. Dumas, puisque c'est une affaire d'instinct, n'est pas le même que celui de M. Pasteur ; il pense plutôt que l'organisme possède plusieurs modes de décomposer l'urée aussi bien que les chimistes, sans que cependant il soit possible de rien affirmer.

L'observation a prouvé que les urines très-chargées en

Digitized by Google

urée, comme chez les nouvelles accouchées, sont infiniment plus aptes à présenter la réaction alcaline à l'émission que l'urine des hystériques, pauvre en urée après les crises.

Cela dit, cher lecteur, comme preuve de notre ignorance, je quitte ces hautes régions inexplorées et vais me consoler en faisant des expériences.

Digitized by Google

DE LA

PONCTION CAPILLAIRE DE LA VESSIE

ET SPÉCIALEMENT DES

INDICATIONS NOUVELLES QU'ELLE FAIT SURGIR ET QU'ELLE REMPLIT

PAR M. LE Dr A. FOCHIER.

Que de fois le chirurgien aux prises avec un cathétérisme difficile ou douloureux, avec une lésion uréthrale ou prostatique, fatalement aggravée par le passage de la sonde, avec une plaie de l'urèthre accidentelle ou chirurgicale dont le contact de l'urine allait décupler le danger, que de fois, puisque ces circonstances ne sont pas rares, le chirurgien a dû souhaiter qu'il fût possible de faire sans danger passer pour quelque temps l'urine par une autre voie que ce canal de l'urèthre, long, tortueux, obstrué ou enflammé ! Mais ce souhait, on se gardait même de le formuler, on se hâtait sans doute de le repousser comme un de ces rêves fantaisistes où ne s'attardent pas les esprits sérieux. Aujourd'hui ce rêve est dans une certaine mesure réalisé par la ponction capillaire suivie d'aspiration ; on peut dès maintenant passer en revue les affections des voies urinaires et trouver, dans toutes celles qui sont accompagnées de rétention complète ou partielle de l'urine, des indications de ce mode d'intervention. Tel est l'objet principal de ce travail. Mais avant de nous engager dans cette analyse, il est opportun de relater sommairement ce qui a trait à la ponction capillaire et de mettre en relief ses principaux avantages.

Digitized by Google

I. — *Facilité extrême et innocuité pour ainsi dire absolue de la ponction capillaire.*

L'urine sera très-rarement assez visqueuse pour ne pas pouvoir être extraite à l'aide de l'aiguille numéro 1 des appareils aspirateurs ; il sera donc à peu près toujours possible de se contenter de ce calibre très-ténu, et au moins inutile d'avoir recours à un plus gros calibre. Le choix de l'aiguille étant ainsi déterminé, la ponction doit être faite au-dessus des pubis, et là on n'a plus à considérer, comme pour la ponction à l'aide du trocart ordinaire, qu'il y a du tissu cellulaire en abondance dans l'espace d'un centimètre et demi au-dessus des pubis. L'infiltration d'urine n'étant pas à craindre, on pourra plonger l'aiguille, en hauteur, depuis le niveau des pubis jusqu'au milieu de la face de la vessie perceptible à la palpation, si l'on veut être sûr d'éviter le péritoine, ce qui est toujours préférable, et au besoin sur toute la hauteur de cette face antérieure, la piqûre du péritoine paraissant devoir être presque toujours innocente. L'aiguille sera dirigée perpendiculairement à l'axe du corps, lorsque la vessie dépassera largement les pubis, obliquement dans le petit bassin lorsqu'elle ne fera qu'effleurer pour ainsi dire leur niveau supérieur. Elle sera enfoncée à une profondeur variable, suivant l'épaisseur du tissu adipeux, suivant la hauteur au-dessus des pubis où sera faite la ponction, suivant l'obliquité de la direction, de telle sorte dans tous les cas, qu'on ne soit pas exposé à voir la vessie abandonner l'aiguille en se rétractant. L'aspiration sera établie et il n'y aura plus qu'une précaution à prendre, celle d'éviter tout tiraillement sur l'aiguille pour qu'elle soit complètement libre de suivre la vessie dans son retrait. L'aiguille, par comble de précaution, sera retirée, l'aspiration encore maintenue, de façon qu'on n'ait pas la chance de voir la moindre goutte d'urine ammoniacale s'insinuer dans le trajet de la ponction et déterminer une petite suppuration. Les ponctions subséquentes pourront être faites à un demi-centimètre tout

Digitized by Google

autour de la première, et l'on pourra ainsi accumuler un nombre énorme de ponctions dans un espace de 5 centimètres de diamètre. La facilité de cette opération est telle que, une fois déterminés le siége de la ponction et la longueur de l'aiguille à enfoncer, on peut la confier à un infirmier.

Quant à son innocuité, on peut dire d'abord que la douleur est presque nulle, inférieure même au jugement de plusieurs malades à celle d'un cathétérisme ordinaire. Des faits nombreux sont là pour démontrer que la ponction capillaire peut être répétée souvent sans occasionner d'accidents. Sans parler des faits consignés dans la thèse de M. Watelet (thèse de Paris, 1871), dans le *Traité de l'aspiration* de M. Dieulafoy, dans l'ouvrage de MM. Deneffe et van Wetter, d'une autopsie récemment rapportée par Lücke (*Centralblatt* de septembre), des faits personnels que je citerai plus loin, je puis rapporter une autopsie rassurante au point de vue des dangers d'une ponction qui manquerait la vessie. Ce fait ne m'est pas personnel, mais les détails m'ont été donnés d'une façon suffisamment précise pour les consigner.

Homme très-gras, lésion ancienne de l'urèthre, fièvre urineuse à la suite du cathétérisme. Anurie. Pour se mettre en garde contre le danger d'une rétention possible, on plonge à deux reprises une grande aiguille sans rien amener. Le malade meurt 36 heures après la première ponction. La vessie était vide, les traces des piqûres à peine visibles sur le péritoine ; l'une était allée sur le rectum sans le moindre inconvénient. Ce fait paraît bien démontrer que la ponction est innocente même lorsqu'elle n'atteint pas la vessie. Cette innocuité est, pour les ponctions subséquentes, la même que pour la première, paraît être la même quel que soit l'état général du malade, quelle que soit la nature des urines extraites, quelles que soient les altérations vésicales ou périvésicales. Lors même donc que l'avenir réserverait quelque insuccès, les faits sont déjà assez nombreux pour qu'on puisse considérer l'innocuité de la ponction comme absolue humainement parlant. Elle est par conséquent de ce chef séparée par un abîme de la ponction ordinaire, dont on a exagéré certainement les dangers

Digitized by Google

en la traitant d'extrême-onction chirurgicale, mais qui n'en a pas moins été cause d'accidents graves et même mortels.

II. — *Indications de la ponction capillaire dans l'hypertrophie prostatique.*

Cette facilité et cette innocuité posées en principe, je commencerai l'examen analytique des diverses causes de rétention d'urine par la plus fréquente, l'hypertrophie prostatique. On peut distinguer plusieurs cas types qui, en clinique, pourront se combiner et se compliquer, mais qui seront alors justiciables des mêmes considérations et du même traitement.

Premier cas. — La rétention d'urine est complète, le cathétérisme est impossible, ou du moins il s'annonce aux premières tentatives comme devant être très-difficile ; il faut, *sans plus insister*, pratiquer la ponction capillaire. En effet, les difficultés du cathétérisme peuvent tenir, soit à une déviation anormale, exagérée de la portion prostatique de l'urèthre, soit à l'enclavement ou l'engrènement de valvules ou tumeurs prostatiques, soit même simplement à un état congestif des lobes hypertrophiés, congestion qui est en général la cause de l'établissement brusque de la rétention complète. Dans tous ces cas, on est autorisé à espérer de bons résultats de l'évacuation de la vessie. Pour ce qui est de la congestion, il est évident que l'évacuation de la vessie facilitera la circulation de retour et par suite le dégorgement de la prostate hypertrophiée. Pour ce qui est de l'adossement des valvules, des lobes ou des tumeurs prostatiques, on comprend très-bien que dans certains cas cet adossement est occasionné et maintenu par l'excès de tension de l'urine accumulée dans la vessie et que dès lors l'évacuation fera cesser l'engrènement. Quant à la déviation du canal, il suffit d'observer que, suivant l'état d'extrême réplétion ou de vacuité de la vessie, les rapports du col sont un peu modifiés, et que cette légère modificatiou pourra, exceptionnellement sans doute, faciliter le passage de la sonde. Ce sont

Digitized by Google

bien là des raisons suffisantes pour qu'on ne fatigue pas l'urèthre, pour qu'on ne s'expose pas à érailler la muqueuse, à enflammer la glande, à faire une fausse route et pour qu'on ait recours de bonne heure à un moyen qui remplira sans danger à la fois l'indication urgente de l'évacuation, l'indication secondaire de la facilité du cathétérisme.

Je n'ai pas à citer de faits personnels de cette catégorie, et cela pour la raison que je n'ai pas rencontré des malades de ce genre ou peut-être qu'ils me sont toujours arrivés avec des fausses routes. Il y a lieu cependant de prévoir que, dans ces cas, il ne faudra pas renoncer trop tôt à l'espoir de franchir l'obstacle avec la sonde, et qu'il faudra répéter pendant douze ou quinze jours les ponctions capillaires avant de se décider á établir par la ponction ordinaire une voie anormale permanente pour les urines. En consultant en effet les tableaux statistiques de l'ouvrage de MM. Deneffe et van Wetter (*De la ponction de la vessie*, Bruxelles 1874), on voit que dans les cas d'hypertrophie prostatique la perméabilité du canal s'est rétablie plus tardivement en moyenne que dans les cas de rétrécissement uréthral, et qu'il faut dès lors insister davantage avant d'en venir à une résolution extrême. Je viens de faire ici l'application des effets thérapeutiques de l'ancienne ponction à la ponction capillaire ; je fais remarquer une fois pour toutes que rien n'est plus légitime dans la presque totalité des cas et que la déplétion de la vessie est dans l'une et l'autre l'agent modificateur de l'obstacle au cathétérisme.

Deuxième cas. — La rétention est complète et il y a eu des fausses routes ; il faut pratiquer la ponction jusqu'à ce que les fausses routes soient suffisamment oblitérées pour que la sonde n'ait pas de tendance à s'y engager. Dans ce cas les avantages de la ponction capillaire ressortent du précepte lui-même. Ici comme dans le cas précédent les indications sont relatives à l'habileté du chirurgien. Mais on peut dire que l'innocuité de la ponction doit ici plus que nulle part engager le chirurgien à ne pas mettre en jeu toute son habileté. Pour franchir avec sécurité des fausses routes re-

Digitized by Google

connues à l'avance, il est presque toujours nécessaire d'avoir recours à une sonde rigide, ce qui aggrave singulièrement les douleurs et les inconvénients du cathétérisme à travers un canal déchiré et enflammé. Il faut donc s'abstenir par principe du cathétérisme, lors même que l'on se sent certain d'éviter tout engagement dans la déchirure ; il faut ponctionner pendant quelques jours, de trois à huit en moyenne, et reprendre alors le cathétérisme.

C'est la conduite que j'ai tenue dans trois cas où j'avais pu éviter les fausses routes à l'aide d'une grosse sonde de Mayor fortement recourbée. Je me suis conformé d'autant plus facilement à ce précepte que j'avais dû confier à mon interne les deux cathétérismes de l'après-midi et du soir. Dans ces trois cas les malades ont guéri sans accident de leurs fausse routes, et le cathétérisme a pu être repris au bout de cinq et six jours sans difficulté. A l'Hôtel-Dieu de Lyon, l'interne de garde, qui se trouve en fonctions seulement toutes les trois semaines, passe le soir à onze heures pour vider la vessie de tous les paraplégiques et de tous les malades atteints d'hypertrophie prostatique. Lorsqu'un de ces malades présente des difficultés sérieuses, ne vaudrait-il pas mieux mettre entre les mains de l'interne de garde une aiguille tubulée qu'une sonde ? C'est trop demander à l'expérience et au savoir de l'interne le plus instruit que de lui faire effectuer coup sur coup une série de cathétérismes difficiles, dans des conditions inconnues, et l'on éviterait par ce moyen beaucoup de fausses routes, agrandies ou faites à nouveau. Combien à plus forte raison l'aiguille sera-t-elle moins dangereuse que la sonde entre les mains d'un praticien peu expert dans les manœuvres chirurgicales, et qui se trouve trop rarement aux prises avec de sérieuses difficultés pour qu'il puisse les surmonter sans hésitation et sans danger ?

Troisième cas. — Il y a rétention complète et l'usage prolongé du cathétérisme a amené des lésions inflammatoires sérieuses, ou provoque de très-vives douleurs ; il faut pratiquer la ponction capillaire pendant quelques jours jusqu'à

Digitized by Google

disparition des accidents inquiétants, surtout s'ils affectaient une marche constamment progressive. Les conditions énumérées sont de celles que nous examinerons au prochain paragraphe ; l'existence de l'hypertrophie de la prostate passe alors à l'état de complication et cesse d'être l'affection principale. Mais c'est ici le lieu de rappporter en quelques mots l'observation très-remarquable d'un vieillard de soixante-quatorze ans que j'ai eu à soigner à trois reprises dans mon service à l'hôpital de la Croix-Rousse. La première fois il arriva avec des fausses routes multiples et fut ponctionné pendant cinq jours au bout desquels on put passer la sonde sans difficulté et lui apprendre à se sonder lui-même. Il revient quelque temps après ne pouvant plus se sonder et on fut obligé de se servir d'une sonde plus petite, n° 14. Le malade sort encore de l'hôpital pour y être ramené au bout de trois semaines dans un état très-grave. Il se faisait saigner souvent en se sondant, et le cathétérisme était devenu de plus en plus douloureux. Il présentait un phénomène mal signalé dans les auteurs : c'est une inflammation de tout le corps spongieux de l'urèthre qui lui donne alors l'aspect d'un cordon assez résistant, douloureux, et qui, phénomène plus grave, rétrécit le calibre du canal au point que chez notre malade on ne pouvait plus passer qu'une sonde n° 8, et encore avec de grandes précautions pour ne pas s'engager dans les commencements de fausse route. L'état général est grave, adynamie, langue sèche, fuliginosités, catarrhe vésical, urines ammoniacales. Toniques, vin, quina, puis acide benzoïque, et ponction capillaire qui fut répétée vingt-neuf fois en onze jours sans le moindre inconvénient, malgré l'état général du malade et l'état de sa vessie. Au bout de ce temps on put passer une sonde n° 14, puis n° 16, et le malade demanda à retourner chez lui. Il n'a pas été revu depuis quatre mois.

Quatrième cas. — La rétention n'est que partielle et le cathétérisme est difficile, douloureux ou dangereux. Il est évident que dans ce cas l'indication de vider la vessie est moins urgente que dans les précédents, puisque le malade

Digitized by Google

urine le trop plein, soit goutte à goutte et d'une façon continue, soit par petites quantités évacuées à l'aide de mictions répétées. Dans les cas où l'on n'aurait à prévenir que les dangers de l'atonie, suite de la distension prolongée, la ponction capillaire remplirait bien l'indication ; mais s'il s'agissait de modifier un catarrhe vésical, il faut avouer que la ponction ne permettrait pas l'emploi des lavages et des injections vésicales et qu'il faudrait chercher à pouvoir pratiquer le cathétérisme le plus tôt possible. Je crois néanmoins qu'elle serait dans tous les cas préférable à l'expectation ou à l'emploi de remèdes incertains (bains, tisanes, balsamiques, etc.). Ces conditions peuvent présenter d'ailleurs tant de variétés, qu'on ne peut dire à l'avance dans quels cas la ponction sera utile, dans quels cas il faudra la négliger. On ne peut dans un travail de la nature de celui que j'ai entrepris qu'indiquer les faits les plus habituels, les plus généraux et laisser à chacun le soin d'en faire en pratique des applications particulières.

III. — *Indications de la ponction capillaire dans les lésions inflammatoires ou traumatiques.*

C'est dans un même chapitre que j'étudierai ces diverses lésions, parce que pour toutes il y a la même opportunité à laisser l'urèthre en repos lorsqu'elles s'accompagnent de rétention d'urine, soit pour épargner une douleur atroce au malade, soit pour ne pas aggraver la lésion par le passage des instruments et quelquefois simplement de l'urine.

1° Dans les cas où la couche superficielle de la muqueuse est seule enflammée (blennorrhagie, et exceptionnellement cystite du col), la rétention de l'urine ne peut s'expliquer que par un spasme, et l'on sait quelles difficultés, quelles douleurs surtout on aura à surmonter pour sonder le patient. Ce spasme est toujours tout à fait transitoire, mais il dure suffisamment longtemps pour rendre urgente l'évacuation de la vessie ; il est quelquefois assez fort pour devenir l'occasion de fausses routes entre des mains exercées (j'en ai vu récemment

Digitized by Google

un cas). Lorsque le spasme a résisté à l'opium, à la glace dans le rectum, ou lorsqu'on a été appelé trop tard pour attendre l'effet de ces médicaments, il faut, au lieu de sonder le malade, lui faire une ponction capillaire. C'est une question d'humanité de ne pas imposer la douleur du cathétérisme dans les cas de ce genre, sans parler des dangers, minimes il est vrai, qu'on évitera par ce moyen.

2° Dans le cas où la lésion est plus profonde, le gonflement des tissus devient la cause de l'obstruction et est évidemment moins passagère que le spasme. En première ligne, nous trouvons la prostatite ; que la lésion soit aiguë ou chronique, qu'elle soit consécutive à une blennorrhagie ou à un cathétérisme répété, il y aura toujours d'immenses avantages à ne pas passer de sonde tant qu'on ne sera pas certain que la suppuration est établie et qu'on ne croira pas avoir des chances d'ouvrir l'abcès dans le canal en tentant un cathétérisme. Puis nous rencontrons cette uréthrite sous-muqueuse, cette inflammation du tissu conjonctif du corps spongieux dont nous avons relaté plus haut un exemple. Le repos du canal est alors le principal agent du traitement, surtout si c'est le cathétérisme qui est la cause de la maladie. Enfin, nous avons les abcès périnéaux. S'ils sont vastes, la première indication est d'inciser le périnée, de donner jour au pus ; mais cela ne suffit pas toujours pour rendre la voie libre aux urines. Et n'y a-t-il pas utilité à ne pas s'exposer à perforer par le cathétérisme une paroi uréthrale comprise dans un foyer purulent, rendue friable par l'inflammation, amincie par la suppuration ? Si l'abcès est petit, profond, il faut au contraire essayer de le faire vider par l'urèthre comme pour les abcès prostatiques, et le cathétérisme est le meilleur moyen de rompre la paroi au point le plus proéminent. A l'occasion des abcès périnéaux, je dirai brièvement pour être complet que dans le cas de tumeur comprimant l'urèthre on peut essayer pendant quelques jours de la ponction capillaire, mais on ne pourra guère espérer voir se rétablir le cours normal de l'urine.

3° Dans le cas ou l'urèthre aura été rompu par un trau-

Digitized by Google

matisme portant sur le périnée, la ponction capillaire est indiquée même avant toute tentative de cathétérisme, parce que cette tentative pourrait agrandir la déchirure, réveiller une hémorrhagie, et aurait, comme l'on sait, beaucoup de chances de ne donner aucun bon résultat. Il faudra répéter la ponction pendant plusieurs jours avant d'essayer de la sonde; car les dangers sont encore plus grands que dans le cas de fausse route. Un cathétérisme peut suffire à provoquer la suppuration d'un vaste épanchement sanguin et de tous les tissus du périnée contus et déchirés par la cause traumatique. Il surgit même dans ce cas une indication spéciale, celle de ne pas laisser la vessie se remplir à son maximum, de la vider sitôt qu'elle dépasse les pubis de trois ou quatre centimètres, pour éviter que les efforts de miction déterminent une infiltration d'urine. C'est aussi le lieu d'ajouter que dans le cas de plaie chirurgicale ou accidentelle du canal, lorsque les urines seront ammoniacales, il y aura avantage à ne pas les laisser passer par le canal tant que la plaie sera fraîche, et de poser par conséquent une indication toute spéciale que remplira la ponction capillaire, plus utilement et plus innocemment que la sonde dans certaines circonstances.

IV. — *Indications de la ponction capillaire dans les rétrécissements de l'urèthre.*

Premier cas. — Il y a une fausse route en avant du rétrécissement; la nécessité de la ponction est indiscutable. D'une part, en effet, on ne comprend pas la possibilité d'engager avec quelque certitude une sonde dans un canal rétréci, lorsqu'il y a à côté de l'orifice étroit l'ouverture béante d'une fausse route, et d'autre part, l'innocuité de la ponction doit empêcher de songer à faire séance tenante une uréthrotomie externe sans conducteur, opération difficile, parfois très-longue et périlleuse.

J'ai à citer ici une observation qui a présenté quelques particularités intéressantes. Dans l'été 1873, je fus appelé auprès d'un malade avec un chirurgien des hôpitaux, dont j'ai été

Digitized by Google

l'élève avant d'être le collègue, M. Gailleton. Le malade, âgé de soixante-deux ans, avait été pris de rétention d'urine après un excès de table. Le médecin ordinaire, croyant sans doute à une hypertrophie prostatique, pratiqua le cathétérisme avec une sonde de trousse, enfonça la sonde jusqu'à l'extrémité et n'amena que du sang. La vessie était à 3 centimètres de l'ombilic, le malade n'avait pas uriné depuis vingt-quatre heures. L'interrogatoire suffisait pour démontrer que nous avions affaire à un rétrécissement. Comme il n'y avait pas eu d'hémorrhagie à proprement parler, je fus curieux de savoir où avait passé la sonde. L'introduction d'une bougie flexible dans l'urèthre et d'un doigt dans le rectum me démontra qu'elle était allée entre la prostate, la vessie et le rectum, jusqu'au delà du point que mon doigt pouvait atteindre. Nous fîmes la ponction capillaire; et comme nous étions au moment de très-fortes chaleurs, que le malade buvait peu, nous ne fûmes obligés de la faire qu'une fois par jour. Le quatrième jour l'urine commença à couler par l'urèthre. Une tentative prudente de cathétérisme fut infructueuse et ramena la rétention. Nous attendîmes encore quatre jours avant de commencer la dilatation de l'urèthre rétréci, dilatation qui fut menée sans encombre à bonne fin, et qui persiste actuellement.

Deuxième cas. — Le rétrécissement n'est pas perméable, et il y a rétention complète ou partielle. Il faut ponctionner, et cela non-seulement pour vider la vessie, mais surtout pour profiter des bénéfices de cette évacuation par une voie anormale. Il faut ponctionner pour arriver à pouvoir cathétériser. On n'a pour s'en convaincre qu'à parcourir les tableaux statistiques de MM. Deneffe et van Wetter (*op cit.*) ou plutôt les observations citées, et l'on verra qu'il a fallu parfois moins d'une heure, plus souvent quelques heures, plus rarement quelques jours, pour que le canal rétréci devînt perméable, je ne dis pas à l'urine, ce qui est secondaire dans le cas présent, mais à la bougie, ce qui est d'une importance thérapeutique capitale.

Deux chirurgiens de Guy's Hospital, Edw. Cock et

Digitized by Google

John Hilton, ont été tellement persuadés des avantages de l'évacuation de l'urine par une autre voie que l'urèthre dans les cas de rétrécissement infranchissable, qu'ils n'ont pas craint d'exposer leurs malades aux dangers et aux inconvénients (fistules) de la ponction recto-vésicale pour obtenir les bénéfices du repos de l'urèthre. Ils regardaient ces avantages comme si importants que dans plusieurs cas où le malade urinait par regorgement et où la vessie, malgré la rétention partielle, ne pouvait être perçue par le rectum, ils provoquèrent la rétention complète à l'aide du gin absorbé en grande quantité avec de l'eau chaude (Deneffe et van Wetter, p. 247. Thompson, *Traité des maladies des voies urinaires*, p. 266). Ces remarquables tentatives n'ont été, que je sache, imitées par personne, et l'on conçoit très-bien que la ponction ordinaire ne soit pas faite pour y encourager. Toutes les objections qu'on pourrait faire à la ponction ancienne tombent devant la ponction capillaire.

Dans les cas nombreux où l'évacuation de la vessie a facilité le cathétérisme, je ne crois pas, comme Edw. Cock, que l'évacuation ait agi seulement en supprimant le contact irritant de l'urine sur le rétrécissement. Que la rétention soit partielle ou complète, la vessie est suffisamment distendue pour gêner la circulation de retour, pour modifier la tension des parois de l'urèthre, pour provoquer un spasme des muscles constricteurs de l'urèthre, des fibres lisses qui persistent dans le tissu du rétrécissement, spasme démontré par l'action de l'opium et du chloroforme dans certains cas de rétrécissements difficiles à franchir. La ponction aura donc le triple résultat de décongestionner le rétrécissement, d'empêcher le contact irritant de l'urine, de permettre à la portion supérieure de l'urèthre de remonter et de diminuer par le fait la flexuosité du canal, qui dans certains cas est le principal obstacle au passage de la bougie. Qui ne sait, en effet, combien des tractions sur la verge facilitent l'introduction d'une fine bougie à travers un rétrécissement ? L'évacuation de la vessie remplit le rôle d'une traction exercée sur l'extrémité profonde du canal.

Digitized by Google

La ponction capillaire remplira ces diverses indications aussi bien que la ponction avec canule à demeure, à la condition, facile à remplir, qu'on la répétera suffisamment souvent dans les cas rebelles aux premières déplétions. Il faudra surtout la répéter dans le cas où il y aura incontinence et où les urines seront irritantes. Il est évident en effet qu'on perdra une partie des bénéfices de la ponction, si on laisse assez de temps entre deux ponctions successives pour que l'incontinence puisse se rétablir par regorgement. Dans le fait que je vais citer je n'eus pas besoin de répéter aussi souvent les ponctions pour obtenir un bon résultat. Ce succès remarquable dû à la ponction est bien fait pour montrer qu'on peut assimiler la ponction capillaire à l'ancienne au point de vue des avantages thérapeutiques qu'à révélés celle-ci, dans beaucoup de cas où la seule indication intentionnellement remplie était la déplétion de la vessie.

C..., tisseur, âgé de cinquante-deux ans, entre dans mon service à l'hôpital de la Croix-Rousse, le 11 septembre 1874. Dysurie depuis six ans au moins. Le malade a toujours reculé devant un traitement chirurgical et nous le trouvons dans l'état suivant : Incontinence depuis huit jours. Angoisse et ténesme continuels. Le fond de la vessie est à 7 centimètres au-dessus des pubis. Pour bien établir l'utilité de la ponction capillaire, je ne la pratique pas d'emblée.

12 septembre. J'essaie pendant vingt minutes tous les moyens préconisés pour franchir un rétrécissement étroit : fines bougies, tordues, recourbées en baïonnette, faisceau de bougies, et enfin, bougies en baleine, qui font saigner la muqueuse très-friable en avant du rétrécissement. Tout est inutile. Ponction capillaire. Extraction de trois quarts de litre d'urine environ à neuf heures du matin. Pas de nouvelles tentatives. L'incontinence se rétablit à deux heures de l'après-midi. Le lendemain, ponction, et une heure après, tentative infructueuse de cathétérisme.

13. En mon absence, mon interne tente un cathétérisme et ne peut non plus réussir à engager une bougie.

14. J'étais bien décidé, si je ne réussissais pas à faire répé-

Digitized by Google

ter la ponction quatre fois par jour, lorsque une heure après la ponction je réussis à faire passer une bougie flexible n° 1 de la filière Charrière. Je la laisse à demeure, mai les malade ne pouvant uriner, la sort à deux heures et urine volontairement à plusieurs reprises. L'incontinence se rétablit avant la nuit. Au bout de trois jours de ponction et de cathétérisme, je pus passer la bougie conductrice de l'uréthrotome et faire l'uréthrotomie interne. Le malade est sorti complètement guéri au commencement de novembre. Il doit continuer à passer un n° 16 pendant quelque temps. Mon appréciation est que dans ce cas je n'aurais pas pu engager la bougie filiforme sans la ponction, et que j'aurais été obligé d'en venir à l'uréthrotomie externe sans conducteur. Les avantages de la ponction m'ont donc paru évidents.

Autre cas. — Il y a rétention partielle, datant de longtemps, les urines sont ammoniacales et indiquent un catarrhe vésical, peut-être des lésions rénales; la durée de l'incontinence ou d'autres symptômes de rétention partielle fait prévoir une atonie profonde de la vessie, une dilatation du col et de toute la portion de l'urèthre supérieure au rétrécissement ; on peut passer facilement une bougie n° 3 (un millimètre). Il y a indication de l'uréthrotomie interne. Faut-il la faire immédiatement ? Non, parce que trois, quatre ou cinq jours de ponction capillaire vont peut-être rendre à la vessie et à son col un peu de leur ressort, modifier le catarrhe, modifier les conditions de la sécrétion urinaire, de la vitalité des reins, en les soustrayant à la pression anormale qu'ils ont à supporter depuis l'établissement de la rétention. Après ces quelques jours on fera l'uréthrotomie avec beaucoup moins de chance de voir éclater une cystite ou une néphrite graves, de voir l'urine fétide s'écouler dès le premier jour entre la sonde à demeure et les parois de l'urèthre, venir baigner la section toute fraîche du rétrécissement. Les conditions seront changées, le succès sera à peu près assuré, de très-problématique qu'il était.

Je pourrais multiplier presque indéfiniment les hypothèses particulières pour montrer l'utilité de la ponction. De l'ana-

Digitized by Google

lyse des conditions spéciales, dans chaque cas difficile, ressortira l'indication de la déplétion de la vessie. L'individualisation de la maladie atteint peut-être son summum dans les affections des voies urinaires; c'est ce qui rend impossible et inutile l'énumération de tous les cas que la clinique pourrait présenter.

V. — *Indications de la ponction capillaire chez la femme.*

Le cathétérisme ne peut-être impossible, difficile, dangereux que dans trois cas : 1° pendant le travail de l'accouchement; 2° par suite d'une rétroversion utérine pendant la grossesse; 3° par le fait de tumeurs pelviennes. Pendant l'accouchement, lorsque la tête est engagée, il arrive assez souvent qu'on ne peut pas pratiquer le cathétérisme. Les variétés dans la difficulté du cathétérisme sont évidemment liées aux variétés dans la conformation des pubis et surtout dans la position de la tête. C'est dire que ces difficultés sont parfois insurmontables. Et cependant il peut être utile dans ces cas d'évacuer la vessie. On aura le plus souvent pour but d'éviter la contusion et la compression de cet organe distendu pendant une manœuvre obstétricale. Mais aussi on peut espérer, dans certaines circonstances, voir les douleurs se ranimer après l'évacuation. Des observations ont été publiées où une inertie utérine a cessé après un cathétérisme. Dans le cas ou on voudra faire la ponction capillaire dans le cours d'un accouchement, il sera bon de tenir compte de ce fait que la vessie est aplatie entre l'utérus et la paroi abdominale, et pour ne pas risquer d'enfoncer trop loin l'aiguille il faudra établir l'aspiration aussitôt que l'aiguille aura traversé la peau, et pousser lentement jusqu'à un centimètre seulement au-delà du point où l'urine commencera à sortir.

Dans le cas de rétroversion utérine, la nécessité de vider la vessie s'impose tout d'abord avant toute espèce de tentative de réduction; la rétroversion, il est vrai, cause la rétention, mais elle est maintenue par elle. Dans certains cas il a

Digitized by Google

suffi d'un cathétérisme pour que l'utérus revînt à sa position normale; dans d'autres, il a fallu repasser la sonde plusieurs fois par jour pendant plusieurs jours. MM. Deneffe et van Wetter rapportent deux cas de rétroversion où l'on recourut avec succès à la ponction vésicale. La différence du traumatisme est bien faite pour faire penser que la grossesse aura plus de chances encore pour continuer son cours, après une ponction capillaire.

Enfin, dans le cas de tumeurs, la ponction capillaire peut, en réduisant le volume de la vessie, ou permettre à la tumeur de remonter au-dessus du détroit, comme à l'utérus gravide en rétroversion, ou parer aux inconvénients d'une augmentation passagère de volume, qui est dans la nature même des tumeurs inflammatoires, et qui est si fréquente dans les tumeurs fibreuses, ou enfin donner le temps de combiner une opération chirurgicale plus radicale.

VI. — *Conclusions, objections, avenir.*

Comme conclusion de cette revue analytique des affections des voies urinaires, je me crois autorisé à formuler les préceptes suivants :

1° Que la rétention soit complète ou partielle, l'innocuité de la ponction capillaire doit interdire le cathétérisme toutes les fois qu'il sera impossible, ou difficile, ou dangereux, ou très-douloureux ;

2° Lorsqu'il sera avantageux de ne pas laisser l'urine passer par l'urèthre, et *que la vessie dépassera le pubis*, il faudra avoir recours à la ponction, lors même que l'urine s'écoulera par le canal.

La condition soulignée semble imposer une limite à l'intervention de la ponction capillaire. Il n'est pas en effet extrêmement rare de trouver des rétentions d'urine même complètes sans que la vessie, à parois hypertrophiées et rigides, se laisse assez dilater pour dépasser les pubis. D'ailleurs il arrive parfois qu'après une ou plusieurs évacuations l'organe se rétracte assez pour qu'il ne soit plus per-

Digitized by Google

ceptible au-dessus du pubis; alors se reproduisent les angoisses de la rétention complète et les inconvénients de la rétention partielle. La ponction capillaire va-t-elle rester impuissante dans ces deux cas ? Toujours est-il que la ponction hypogastrique capillaire le sera beaucoup moins tôt que la ponction ordinaire; car d'abord on n'a pas à interdire à l'aiguille tubulée la région avoisinante du bord supérieur des pubis, et puis on ne sera pas arrêté par la crainte de blesser le péritoine ou d'autres organes en plongeant l'aiguille obliquement dans le petit bassin.

Néanmoins, certains cas ne seront pas justiciables de la ponction hypogastrique, de laquelle seule nous avons parlé dans le cours de cette note. Le seront-ils alors de la ponction rectale ? Non, parce qu'une vessie qui n'est pas perceptible au-dessus des pubis ne l'est pas non plus dans le rectum. N'y a-t-il pas d'autres voies perméables au trocart ? Il y en a deux, le périnée et l'espace sous-pubien. Le périnée a été la première région qu'on ait songé à traverser pour arriver à la vessie. M. Voillemier est le seul chirurgien qui ait enfoncé intentionnellement un trocart dans l'espace sous-pubien pour arriver dans une vessie rétractée. Ce sont là deux régions dangereuses, l'une abandonnée depuis longtemps, l'autre à peine essayée, mais effrayante, lorsqu'il s'agit du trocart ordinaire. Ce sont deux voies ouvertes à l'aiguille tubulée, qui pourra les traverser impunément, lorsque la vessie ne paraîtra pas au-dessus des pubis, et qu'il y aura urgence ou seulement utilité à la vider complètement. C'est là une application tellement nouvelle qu'on ne peut la juger à l'aide des résultats de la ponction ancienne qui se faisait dans de tout autres conditions. Il faut donc attendre les expériences et les faits ; j'espère pouvoir prochainement annoncer des résultats encourageants, affirmer de nouvelles indications de l'évacuation de vessie à l'aide de l'aiguille tubulée.

Digitized by Google

QUELQUES FAITS

POUR SERVIR A L'HISTOIRE DES

PLAIES PÉNÉTRANTES

DE L'ARTICULATION DU GENOU

PAR M. LE Dr GAYET.

Les plaies pénétrantes de l'articulation du genou ont une gravité bien différente suivant qu'elles présentent ou non des complications. Assez bénignes dans le premier cas, elles peuvent être si graves dans le second, qu'elles exigent, soit une mutilation des membres, soit une intervention chirurgicale pleine de dangers. Entre ces deux extrêmes, il existe une foule de degrés intermédiaires qu'il est bon de déterminer autant que possible, pour en déduire des règles thérapeutiques qui puissent guider le chirurgien.

Il va sans dire que nous n'avons pas, dans cette étude, la prétention de poser des règles fixes : nous avons une trop longue expérience en cette matière pour nous bercer d'une semblable illusion, et toutes les réserves posées par Boyer, Velpeau, les auteurs du *Compendium*, Ollier et tant d'autres, ne cesseront jamais d'être nécessaires. Cependant il nous semble que les faits, en se multipliant, finiront par laisser se dégager quelque chose de vrai et d'utile.

Par le fait, les plaies qui nous occupent sont assez rares, si nous négligeons toutes celles qui accompagnent les grands traumatismes du membre inférieur, et qui tirent leur caractère de circonstances autres que celle de la pénétration dans l'article.

Digitized by Google

Pendant douze ans de pratique dans un grand hôpital, nous en avons recueilli huit observations, assez variées dans leurs détails et leur marche pour nous permettre un tableau assez complet de ce genre de traumatisme.

Tous les chirurgiens sont d'accord qu'une plaie pénétrante de l'articulation du genou, faite par un instrument piquant, doit, si elle est exempte de complication, et si elle est traitée par le repos et l'occlusion, guérir heureusement et en quelques jours. En ceci, elles sont semblables aux plaies pénétrantes simples des grandes cavités séreuses, qui se cicatrisent d'ordinaire promptement et sans danger.

Les observations qui démontrent ce fait sont très-nombreuses dans la science, et je n'ai pas à en citer ici ; je me bornerai à rappeler cet axiome thérapeutique : Que toute plaie pénétrante ou supposée telle de l'articulation du genou doit être traitée par l'occlusion et l'immobilisation du membre. Enfreindre ce principe, c'est s'exposer aux plus graves conséquences, et c'est pour l'avoir méconnu que l'on voit quelquefois de simples piqûres de l'article entraîner l'arthrite aiguë, avec ses dangers pour la vie ou les fonctions de la jointure.

Les deux observations suivantes sont bien faites pour montrer la filiation des accidents et les moyens qu'on peut leur opposer.

Obs. I. — Un vigneron de quarante-cinq à cinquante ans était occupé à tailler la vigne avec une serpette, instrument recourbé en pointe aiguë et que tout le monde connaît. Dans un mouvement faux, l'instrument vint frapper de sa pointe le genou droit au niveau du condyle interne du fémur, où il fit une plaie de 15 millimètres environ. Il sortit aussitôt un liquide filant que le malade compare à du blanc d'œuf et qui n'était autre que de la synovie. Notre paysan ignorant l'importance de ce signe et la gravité de sa blessure, n'y fit qu'une médiocre attention et continua de marcher; cette plaie n'était d'ailleurs pas douloureuse. Pendant quatre jours les choses se passèrent assez bien, mais au bout de ce temps

Digitized by Google

le genou se tuméfia, devint chaud, la fièvre s'alluma, et un liquide séro-purulent s'échappa à travers la plaie.

Un médecin appelé auprès du malade reconnut la gravité du cas, et nous l'adressa à l'Hôtel-Dieu.

Malgré la suppuration évidente de la jointure nous crûmes pouvoir traiter ce genou en l'immobilisant au moyen d'un bandage silicaté, auquel nous fîmes un trou pour laisser échapper la suppuration. Grâce à ce traitement, les accidents s'amendèrent, la douleur se calma et disparut, l'état général, après quelques alternatives, se raffermit, et enfin après deux mois de repos complet nous eûmes la satisfaction de voir la suppuration tarir et la plaie se cicatriser. Un fait même se produisit alors qui frappa notre attention. Le genou était resté gonflé et d'une façon d'autant plus apparente que les muscles de la cuisse, comme cela arrive en pareil cas, s'étaient très-fort amaigris. Ce gonflement nous donnait à craindre que les accidents ne fussent point terminés, nous n'osions engager le malade à marcher. Néanmoins, après avoir constaté qu'il n'y avait plus de douleur au toucher, qu'on pouvait faire exécuter sans douleur quelques mouvements angulaires, nous nous décidâmes un jour à faire lever notre malade, et grande fut notre satisfaction en constatant que le mouvement devenait un des agents les plus actifs de la résolution de l'engorgement.

Après quinze jours de mouvements, de douches accompagnées de massage, notre vigneron quittait l'hôpital avec l'espoir en partie réalisé de recouvrer ses mouvements complets.

Dans l'observation suivante, un accident exactement de même nature et également négligé fut suivi d'une terminaison fatale.

Obs. II. — J.-B. P..., cinquante-trois ans, cultivateur, d'une robuste santé, taillait aussi sa vigne avec une serpette, et se blessa au genou gauche, où il se fit une plaie d'un centimètre, à environ trois travers de doigt au-dessus de la rotule et sur la ligne médiane. Indifférent à cet accident, le

Digitized by Google

blessé continua de travailler pendant quatre jours, au bout desquels il fut pris de frissons avec fièvre intense, de gonflement articulaire très-douloureux qui déforme entièrement le genou. La gravité de cet accident une fois reconnue par le médecin ordinaire, B. P... nous fut immédiatement adressé à l'Hôtel-Dieu.

Nous n'eûmes pas de peine à reconnaître une arthrite traumatique suppurée, et la nécessité d'une intervention vigoureuse nous parut nécessaire. Nous ne crûmes pas devoir recourir à l'amputation de la cuisse et nous espérâmes que les grandes incisions pourraient remédier aux accidents ; il en fut pratiquée deux très-larges de chaque côté de la rotule, et le sang ayant été arrêté très-facilement avec une mèche de charpie, on remit à plus tard de faire des lavages méthodiques.

Pendant huit jours, les choses marchèrent passablement ; cependant la température ne descendit jamais au-dessous de 38° et tous les soirs elle dépassait 39°. Au bout de ce temps, des fusées purulentes se produisirent en avant du grand droit, une douleur vive se fit sentir au niveau des deux ligaments latéraux, et enfin dix jours après l'incision une infection purulente se déclara, qui en quatre jours fit succomber le malade.

Dans ce cas, premier en date par rapport au précédent, l'immobilisation absolue ne fut pas recherchée. Le membre reposait bien dans une gouttière, mais à chaque pansement on était obligé de le remuer, ce qui était horriblement douloureux. Faut-il attribuer à ces circonstances l'issue fatale ? faut-il croire que le siége de la blessure au niveau du cul-de-sac supérieur en soit la cause, après bien entendu les mouvements intempestifs qui ont forcé à suppurer une plaie qui dans le repos aurait guéri par première intention ? Ce sont là des questions que je pose sans vouloir les résoudre.

Toujours est-il que ce fait, comme le précédent, démontre les graves inconvénients de l'ignorance où se trouvent les malades à l'endroit des conséquences possibles de ces sortes de plaies, et la terrible influence qu'ont sur elles les mouvements.

Digitized by Google

L'identité de cause dans ces deux observations est curieuse, et dans les pays de vignoble cette sorte d'accident est fréquente. Dans la courte discussion qui a eu lieu à la Société des sciences médicales deux faits identiques ont été produits.

Les plaies par instrument tranchant, lorsqu'elles n'intéressent que les téguments et la capsule, sont d'une gravité très-différente suivant leur étendue et suivant leur position. L'une ou l'autre de ces circonstances, en effet, peut entraîner l'écartement des lèvres de la solution de continuité et permettre l'entrée de l'air, en forçant à la suppuration. Comme je n'ai pas à produire d'observation relative à cette espèce de traumatisme, je serai très-sobre de conseil, et je renverrai à ce qu'ont dit à ce sujet Boyer, Velpeau, les auteurs du *Compendium*, Ollier, etc., etc.

Je passe immédiatement à un troisième ordre de faits. Il s'agit d'une piqûre ayant pénétré l'article et atteint le fémur, ou en d'autres termes d'une plaie pénétrante par piqûre, avec complication aussi légère que possible.

Obs. III. — J. G..., vingt ans, domestique, montait l'échelle d'un fenil, tenant en main une fourche, dont les dents étaient dirigées en bas. Tout à coup, le manche de la fourche est arrêté par un obstacle, et le genou gauche qui se portait sur un échelon supérieur vient se présenter à la pointe acérée de la dent qui y pénètre profondément au-dessus de la rotule. Aussitôt, douleur très-vive, qui n'empêcha cependant pas le malade de gagner son lit. Pendant la nuit, des douleurs plus intenses éclatent encore, le genou se tuméfie, et après quelques essais infructueux pour se lever, le malade est obligé de se recoucher et on lui place des sangsues sur le genou. Après huit jours passés dans le repos absolu, mais sans amélioration, J. G... entre dans mon service, salle Saint-Louis, n° 87.

Ce garçon à la visite avait son genou fléchi à angle obtus, tuméfié par un épanchement considérable, et extrêmement douloureux, soit à la pression, soit lorsqu'on veut lui impri-

Digitized by Google

mer des mouvements. L'état général est assez satisfaisant, cependant il y a le soir un peu de fièvre et de l'insomnie. C'était bien là une arthrite commençante consécutive à une plaie pénétrante. J'attribuai cette douleur si vive dès le début et la promptitude des accidents à ce que le fémur a dû être assez profondément piqué par la fourche, et les commémoratifs ne permettent pas de supposer qu'il en ait été autrement.

Quoi qu'il en soit, je songeai à remplir deux indications : 1° vider l'articulation ; 2° immobiliser le membre. La première fut remplie par une aspiration capillaire qui soutira environ 100 gr. d'un liquide encore filant mais très-louche et qui laissa un dépôt considérable de globules purulents au fond du verre où il fut recueilli. Notons qu'il ne contenait pas un globule sanguin. L'immobilité, à son tour, fut obtenue par un appareil solide au silicate de potasse avec très-peu de coton soigneusement moulé. Dès le lendemain, la température descendit de 38°,5 à 37°,5 où elle resta ; la douleur disparut.

Le dix-neuvième jour, l'appareil est enlevé; le genou tuméfié encore, est ponctionné de nouveau. Environ 60 grammes d'un liquide encore louche sont retirés, puis le bandage est replacé.

Quarante jours après l'accident, le 10 novembre, l'appareil est définitivement enlevé, mais les mouvements sont très-restreints. Le mois de novembre est employé à les rétablir, et le 6 décembre, le malade quitte l'Hôtel-Dieu marchant presque sans raideur. Le traitement a duré trois mois.

Ici, nous n'avons pas d'imprudence au début, et pourtant les accidents ont marché avec une extrême rapidité, ce qui tient, j'en suis convaincu, à une complication du côté de l'os. L'épanchement non sanguin, notons-le, s'est fait avec une extrême rapidité, il a tourné au louche promptement, mais grâce à l'immobilisation et à la soustraction du liquide, les accidents ont été enrayés. La guérison, achetée il est vrai par trois mois de repos, a été complète.

Je me félicite beaucoup d'avoir employé, dans ce cas, la

Digitized by Google

ponction capillaire avec l'aspiration, et je conseillerai d'y recourir en pareille circonstance, bien que je n'aie vu ce moyen thérapeutique conseillé par aucun des auteurs qui ont traité des plaies articulaires.

Une quatrième observation se rapporte à une complication des plus considérables et en même temps des plus fréquentes dans les pénétrations du genou ; à ce titre elle me semble d'un haut intérêt.

Obs. IV. — F. T..., âgé de vingt ans, faisait le 17 avril 1874 une partie de vélocipède ; entraîné à une descente sans pouvoir se retenir, il fut précipité contre un mur, que son genou droit, fortement fléchi, heurta comme un bélier. La rotule fut fracturée en éclats à la façon d'une brique sur laquelle aurait frappé un lourd marteau, et par malheur la peau elle-même fut déchirée sur une étendue de 2 centimètres et demi.

Le malade fut apporté à l'Hôtel-Dieu le soir même, et le 18 au matin, c'est-à-dire dix-huit heures après l'accident, je lui donnai les premiers soins. Je constatai dès l'abord les lésions que j'ai signalées, et je pus mettre mon doigt dans le foyer de la fracture rotulienne. Il va sans dire que je ne poussai pas loin mon exploration, mais elle suffit à me convaincre que la plaie était largement pénétrante.

Le cas était grave, et à ne s'en rapporter qu'aux règles classiques il fallait ou réséquer ou amputer ; mais je ne saurais dire qu'elle fut ma répugnance à mutiler un beau jeune homme de vingt ans, et je me décidai à conserver, en plaçant le membre dans un appareil immobilisateur aussi parfait que possible.

Je ne touchai pas la plaie et je mis tous mes soins à faire un bandage aussi exactement appliqué et aussi dur que possible. Je le fis remonter tout près de l'aine, car je crois cette disposition nécessaire pour bien immobiliser le genou.

Pour plus de précaution, je plaçai le malade muni de son bandage dans une grande gouttière de Bonnet, de façon à

Digitized by Google

lui épargner même les mouvements nécessaires à la satisfaction des besoins naturels. En même temps, les plus grandes recommandations furent faites, accompagnées de l'exposé complet des conséquences où pouvait entraîner une imprudence.

Le thermomètre fut placé matin et soir dans l'aisselle et la température exactement reconnue. Malheureusement la courbe a été perdue, mais mes souvenirs sont fort exacts sur tout ce qui va suivre.

Le premier jour tout se passa bien, puis la température s'éleva à 39°, où elle resta pendant quatre ou cinq jours, après quoi elle reprit le niveau de la santé.

Le genou n'était pas douloureux, et cependant on ne tarda pas à acquérir la certitude qu'il suppurait, grâce à l'odeur fétide qui se fit sentir et au liquide qui souilla le bandage. Je me contentai de faire arroser l'appareil avec de l'essence de lavande pour dissimuler autant que possible les émanations qui incommodaient les voisins.

Vers le vingtième jour, la température fit un saut brusque à 39° et plus et le pouls s'accéléra; les choses restèrent pendant quatre ou cinq jours dans cet état, et j'étais résolu, quoique à mon grand regret, à défaire le bandage, lorsque tout rentra dans l'ordre.

Évidemment les accidents étaient conjurés, et chose singulière, l'odeur repoussante des premiers jours disparut faute d'aliment.

Ce n'est que cinquante-trois jours après l'accident que je crus pouvoir lever l'appareil en toute sécurité, et je constatai l'état suivant :

Le genou n'était pas tuméfié et avait gardé sa forme normale, avec cette particularité que la rotule paraissait notablement plus large, séparée qu'elle était en trois fragments : l'un supérieur représentant un tiers de l'os et limité en bas par un trait de fracture presque horizontal ; les deux autres représentant une moitié chacun du reste du sésamoïde et séparés par un trait vertical. Les trois fragments étaient solidement unis par des cals fibreux. A la place de la

Digitized by Google

plaie s'élevait une petite masse de bourgeons charnus au milieu desquels je trouvai, vivant encore, deux petites esquilles de tissu spongieux.

Quelques jours suffirent à l'élimination complète de ces esquilles et à la guérison totale de la plaie. Au bout de ce temps, deux mois à peine, je pus faire exécuter à l'articulation des mouvements étendus, et je permis au malade de se lever.

Trois mois après son accident, il quittait mon service boitant à peine. Je l'ai récemment présenté à la Société des sciences médicales, et l'on a pu constater que malgré le partage de sa rotule en trois fragments il jouit de l'intégrité de tous ses mouvements et que son membre n'a rien perdu de sa force ; il saute sans peine à cloche-pied.

Cette observation est d'une grande importance, parce qu'elle démontre qu'il ne faut pas désespérer d'un membre quand même le traumatisme a profondément atteint la rotule, parce qu'elle fait passer le bandage inamovible et occlusif au premier rang des moyens capables de préserver le genou des dangers de l'arthrite suppurée.

J'avais dès le début une telle idée de l'efficacité de ce moyen que j'ai résisté en quelque sorte aux indications thermométriques, et que j'ai réalisé avec le plus heureux succès la plus longue occlusion qui ait peut-être été signalée jusqu'ici.

Ce point de thérapeutique serait de la plus haute importance, parce que le champ de la chirurgie conservatrice s'étend en raison directe des moyens dont elle dispose, et si l'occlusion prolongée et immobilisatrice se montre plus efficace que les autres modes de traitement, il en résultera qu'avec elle on pourra tenter des conservations de plus en plus hardies.

Malheureusement je ne connais que le fait que je viens de raconter où elle ait été employée à fond, si je puis ainsi parler, et il est possible qu'un insuccès prochain vienne démentir les espérances qu'elle m'a données. Néanmoins les analogies lui sont favorables, et l'on peut voir chaque jour

Digitized by Google

les services qu'elle rend dans les traumatismes d'articulations plus petites. C'est dans tous les cas le premier des moyens à employer, quitte à recourir aux autres si les indications changent.

Les autres moyens de la chirurgie conservatrice sont en somme assez restreints et se bornent aux grandes incisions et au drainage, tous moyens de soutirer facilement et complètement à l'articulation malade le pus qui y stagne et peut s'y putréfier.

L'observation suivante montre bien les avantages de cette méthode ; mais il ne faut pas oublier que l'observation n° II est un exemple frappant de son impuissance.

Obs. V. — Jeanne P..., domestique, vingt-cinq ans, entre à l'Hôtel-Dieu le 26 mai 1872, pour une fistule ouverte à la partie externe de la cuisse droite, à environ 15 centimètres au-dessus du genou. Cette fistule remonte à un an et demi, et elle s'est ouverte après une période de douleurs sourdes s'irradiant au genou et à la partie supérieure de la jambe.

Un stylet introduit dans cette fistule pénètre à 4 centimètres, mais n'arrive sur aucune surface osseuse ; je diagnostique une fistule atteignant l'aponévrose et entretenue par les mouvements auxquels la malade s'est livrée jusqu'ici, sans la moindre gêne. Dans cette idée, après avoir cautérisé le trajet au nitrate d'argent, j'immobilise la jambe dans une gouttière de Bonnet. Le 10 juillet, la fistule parut cicatrisée. Aussitôt le genou gonfla et devint le siége d'un épanchement évident. Le 16 juillet, la fistule se rouvre de nouveau et laisse échapper un pus séreux, en même temps le genou se réduit.

Le soupçon me vint alors d'une fistule ayant son origine dans l'article, mais je ne m'y arrêtai pas, en songeant combien l'orifice en était loin, et avec quelle facilité la malade avait toujours marché.

Je revins à une nouvelle cautérisation qui fut pratiquée le 2 août et cette fois avec le fer rouge. Jusqu'au 11, tout se passe bien, mais ce jour-là un frisson violent se déclare et le

Digitized by Google

genou se tuméfie tout en devenant le siége d'une violente douleur. Il n'y a plus à douter cette fois, la fistule conduit bien à l'article, et une arthrite suppurée vient de se déclarer. Je n'hésite pas alors à ouvrir largement le genou par deux incisions : l'une à un centimètre du bord interne de la rotule de ce bord, l'autre à deux centimètres plus en dedans. Mon index plongé sous la rotule perçoit les saillies fémorales, le poli des cartilages, etc.

Aussitôt après cette ouverture, la fièvre tombe, les accidents locaux s'amendent et la guérison, favorisée par des lavages très-soignés, marche sans encombre. Le 25 octobre, la malade se sent si bien que malgré mes conseils de prudence elle veut absolument quitter l'Hôtel-Dieu : je ne l'ai plus revue.

Si j'ai cité ce fait un peu en dehors, par son origine spontanée, du cadre que je me suis tracé, c'est pour montrer de quelle ressource peuvent être les grandes incisions dans les cas d'arthrite suppurée. Cependant voici un cas de plaie pénétrante où je n'ai pas eu beaucoup à m'en louer.

Obs. VI. — Claude T..., trente-six ans, journalier, reçoit le 3 novembre 1866, sur le devant de la cuisse droite, à 6 centimètres au-dessus de la rotule, le choc du bord angulaire d'un énorme cylindre de fonte. Il en résulte une solution de continuité de 2 à 3 centimètres dont la profondeur est impossible à apprécier. Immédiatement, hémorrhagie assez abondante, tamponnement de la plaie, puis pendant cinq ou six jours pansements assez grossiers. Le 13 novembre, entrée à l'Hôtel-Dieu.

La plaie présente des bords tuméfiés et suppure, tout autour d'elle la peau est décollée par deux clapiers d'où s'écoule un pus séreux dont la quantité est peu en rapport avec l'étendue de la plaie. Dès ce moment on soupçonne l'ouverture de l'article, et cette opinion semble justifiée par l'aspect du malade dont le teint est terreux, l'œil un peu éteint, la langue sèche ; et qui a éprouvé quelques accès de fièvre mal caractérisés ; cependant, le genou, bien qu'un peu

Digitized by Google

gonflé, n'a pas perdu ses formes, et il n'est que peu douloureux même quand on lui imprime des mouvements.

En pareil cas l'exploration doit être prudente, car il importe de ne pas créer ce que l'on redoute, la communication de la plaie avec l'article ; aussi je me borne à immobiliser le membre dans une gouttière, à couvrir le genou de cataplasmes et j'attends. Peu à peu les accidents s'aggravent, et le 20 novembre, le genou se tuméfie tellement que le doute n'est plus permis ; en même temps les clapiers s'agrandissent et les accès de fièvre éclatent plus violents. En introduisant le doigt dans la plaie, je ramène une petite esquille que son exiguité m'empêche de rapporter à aucun point du fémur bien déterminé. Je traverse les clapiers par des drains, puis je pratique une large incision qui descend jusque sur le bord interne de la rotule. Un flot de pus s'échappe à travers l'ouverture. Nous étions en 1866, la chirurgie était moins conservatrice qu'aujourd'hui, les effets heureux du drainage et des larges ouvertures ne s'étaient pas produits, la résection du genou était en grande faveur. Je crus devoir la proposer au malade qui la refusa ; deux jours après, lorsqu'il s'y décida, un vaste abcès fusant vers la tête du péroné la rendait impossible, je dus me résoudre à l'amputation de la cuisse, qui malheureusement donna lieu à une pyohémie mortelle.

Ce fait est intéressant à deux points de vue : il montre le peu d'efficacité d'une amputation tardive, mais surtout il est un bon type d'une forme insidieuse et grave de traumatisme du genou.

Un corps d'un très-grand poids coupe, en tombant par angle, toutes les parties molles, et de plus, il contusionne l'os au point de rendre nécessaire l'élimination d'une esquille. A première vue, il faut se défier beaucoup d'un semblable accident, il développe ses conséquences lentement mais sûrement, et la lésion osseuse devient l'épine qui tôt ou tard amènera l'arthrite. A l'heure qu'il est, avec toute la confiance que j'ai dans l'occlusion, je ne sais pas si j'y aurais recours plutôt qu'à l'amputation, dans le cas où j'acquerrais la con-

Digitized by Google

viction d'une atteinte portée sur l'os à travers la synoviale articulaire. Malheureusement cette précision de diagnostic, qui serait si utile pour prendre une détermination, toujours de la plus haute gravité, est à près impossible, et il est défendu au chirurgien de chercher à l'acquérir. C'est une particularité commune aux plaies du genou et à celle de la plupart des grandes cavités séreuses que toute exploration poussée d'une manière indiscrète y soit fort dangereuse et qu'il faille s'arrêter dans ses recherches, alors même que celles-ci pourraient avoir sur la thérapeutique une influence décisive. Il me paraît donc conforme à la prudence de s'éclairer par les commémoratifs, puis de se décider à l'action ou à l'expectation.

La règle générale, dans les plaies du genou, c'est qu'elles occupent la face antérieure de la jointure ; cependant on en peut rencontrer qui lèsent l'article à sa face postérieure, et ce ne sont pas les moins graves. J'ai eu l'occasion d'observer récemment une des plus désastreuses qui se puisse rencontrer.

Obs. VII. — Le 2 decembre, je fus appelé dans le Bugey, sur des montagnes élevées, où l'air est admirablement pur, pour un ouvrier qui s'était laissé prendre par l'arbre de couche d'une machine à vapeur et avait été contraint, dans son mouvement de rotation, de passer plusieurs fois dans un espace très-resserré. Probablement, dans un de ces passages, le membre inférieur fut pris à contre-sens, et le genou dut se fléchir suivant un sens inverse à celui de ses mouvements naturels. C'est pour moi la seule manière d'expliquer une large plaie transversale qu'il porte au jarret gauche, à travers laquelle on aperçoit tous les muscles qui limitent le creux poplité, les vaisseaux intacts et les capsules articulaires largement déchirées, ainsi que les ligaments croisés. En même temps et par le fait de ces désordres, la jambe est, par rapport à la cuisse, dans un état de mobilité impossible, c'est une vraie jambe de polichinelle.

Dans un cas pareil, je n'aurais pas hésité à amputer la

Digitized by Google

cuisse, si d'autres lésions du ventre et du thorax ne m'avaient retenu ; mais le malade a assez vécu pour que la gangrène de la jambe se soit produite, et ait montré qu'une plaie pénétrante de cette nature ne saurait être justiciable de la chirurgie conservatrice.

Restent enfin les plaies pénétrantes du genou qui se compliquent de la présence d'un corps étranger ; pour celles-ci, il n'est pas de ressource en dehors de la résection et de l'amputation, et l'une ou l'autre doivent être pratiquées dès que le diagnostic est établi ; le corps étranger fut-il très-petit, la règle reste la même comme le démontre l'observation suivante, très-probante sur ce point.

Obs. VIII. — Le 17 avril 1870, un jeune homme de dix-sept ans s'amusait à tirer à la cible avec un fusil chargé à gros plomb, lorsqu'un de ses compagnons l'atteignit d'un coup de feu à la face interne de la cuisse droite un peu au-dessus de l'articulation du genou. Sans être très-vive, la réaction fut immédiate et persistante, une sorte de fièvre hectique se déclara avec exaspérations vespérales, et son médecin, soupçonnant quelques complications du côté de l'article, nous l'adressa.

A son entrée dans le service, nous constatons une plaie de deux travers de doigt, à peu près circulaire, située au-dessus du genou et pénétrant dans les masses charnues du vaste interne. Tout autour de la plaie la peau est criblée de petits trous faits par des plombs écartés, et dont plusieurs ont leurs trous de sortie à la face externe. Le genou quoiqu'un peu tuméfié n'est pas douloureux ; ni la percussion de la rotule, ni les mouvements n'y éveillent de sensations très-pénibles. C'est le 21 avril que se font ces constatations.

Jusqu'au 28, les choses se passent assez bien, et la fièvre se calme. Plusieurs fois des plombs se sont retrouvés dans les pièces du pansement.

Le 28, un violent frisson éclate, après lequel l'hésitation n'étant plus permise, nous pratiquons l'amputation.

A l'autopsie du membre, nous trouvons l'articulation perforée en trois ou quatre points, et autant de grains de plomb

Digitized by Google

répandus dans sa cavité en suppuration. La filiation des accidents était claire, l'arthrite s'était développée autour des plaies et grâce à la présence des plombs; la résorption purulente avait été la conséquence de l'arthrite.

L'amputation n'enraya pas la pyohémie, et une fois de de plus fut démontré le peu de succès des amputations tardives.

Tels sont les faits que nous avons observés et d'après lesquels nous pouvons établir les conclusions suivantes :

1° Une plaie pénétrante de l'articulation du genou, si elle est faite par un instrument piquant et sans complication, est sans danger, pourvu qu'on la laisse se cicatriser dans l'immobilité et le repos.

2° La même plaie peut donner lieu aux arthrites les plus redoutables si elle n'est pas ou est mal soignée.

3° Les dangers de l'arthrite sont en raison directe de l'étendue de la plaie et des difficultés qui empêchent celle-ci de se réunir par première intention.

4° Les complications qui portent sur les os sont extrêmement graves. Toutefois les fractures de la rotule, si compliquées qu'elles soient, ne doivent pas, si elles sont seules, commander l'amputation et la résection.

5° La présence des corps étrangers, si petits qu'ils soient, entraîne l'arthrite et ses conséquences possibles, et commande l'amputation ou la résection.

6° Toutes choses égales, les plaies postérieures paraissent plus graves que les plaies antérieures, à cause de la densité des tissus, de leur nombre, de la présence des vaisseaux, etc.

Ces conclusions découlent d'observations recueillies dans un hôpital, c'est-à-dire dans un milieu peu favorable à la chirurgie conservatrice; si elles sont vraies pour ce milieu, à plus forte raison le seront-elles pour les milieux dits salubres. Puissent-elles être utiles à mes confrères qui pratiquent à la campagne, car ils ne doivent pas oublier, eux qui sont appelés à donner les premiers soins, que de l'opportunité de leur décision dépend le sort du membre et souvent la vie du blessé.

Digitized by Google

ÉTUDES CLINIQUES

SUR LA PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE

DE

L'ICTÈRE GRAVE

PAR M. LE Dr H. MOLLIÈRE.

Ce travail n'est pas aussi complet que je l'aurais désiré. La rareté relative des observations ayant trait à mon sujet d'une part, le manque d'un service hospitalier d'autre part, en sont la cause. Or, comme par la publication du second volume des *Cliniques* de Jaccoud cette question de l'ictère grave est en quelque sorte à l'ordre du jour, j'ai cru devoir relater au moins quelques observations, dont certaines m'ont paru en contradiction formelle avec la doctrine trop absolue du médecin parisien sur l'étiologie de la maladie. Il ne faut donc point s'attendre à rencontrer dans ce travail une étude complète et approfondie de ce que les pathologistes ont appelé l'ictère grave. Nous avons seulement voulu relater un certain nombre de faits, les uns favorables, les autres défavorables à telle ou telle des doctrines aujourd'hui régnantes sur la pathogénie du complexus morbide en question.

Sans entrer dans un historique qu'on trouvera bien plus complet dans les auteurs classiques du jour, nous dirons seulement qu'après bien des discussions on a fini par reconnaître généralement deux formes de ce qu'on peut appeler ictère grave. L'une, l'atrophie jaune aiguë du foie de Frerichs; l'ictère malin hémorrhagique de Monneret et Ozanam paraît être une entité morbide bien établie. Dans l'autre catégorie

Digitized by Google

nous rangeons pêle-mêle tous ces cas de maladie du foie ou de ses annexes (canaux biliaires ou vésicule) caractérisés par des accidents rapidement mortels et de l'ictère. En somme, ce sont des maladies variées du foie ayant pour caractéristique bien vague, il est vrai, leur extrême gravité.

Pour arriver à cette dichotomie, que je crois des plus légitimes, on a discuté beaucoup et longtemps; car on a voulu et avec raison s'éclairer des lumières de la physiologie pathologique et des expériences. Malheureusement on oubliait qu'en fait de physiologie normale nous ne connaissions encore que fort peu de choses; néanmoins, contrairement à ce qui a eu lieu pour l'ordinaire, ici la physiologie pathologique a éclairé la physiologie normale. Nous n'avons donc pas à nous plaindre de ces efforts.

En 1860, la question de l'ictère grave fut proposée comme sujet de thèse au concours pour l'agrégation. M. le docteur Blachez, qui eut à traiter la question, engloba dans une seule et même classe toutes ces formes, et en cela il était fort excusable, car il ne paraît pas, d'après ses descriptions, avoir vu des cas d'atrophie jaune aiguë. Certainement, s'il lui avait été donné d'en observer quelque exemple, il eût évidemment rangé dans un cadre à part cette singulière modalité pathologique.

Dans les années suivantes, la question de l'ictère grave fut l'objet d'un grand nombre de dissertations inaugurales, de discussions scientifiques, d'épreuves de concours. D'un côté les essentialistes, de l'autre les non-essentialistes, soutenant, les uns qu'il existait un ictère grave, les autres qu'il n'y en avait point; mais par contre qu'il y avait des ictères graves de causes très-nombreuses et très-diverses liées à toutes les affections du foie caractérisées par une altération profonde dans la structure de cet organe.

Le beau livre de M. Frerichs que tout le monde connaît et les observations de Trousseau tendent à faire généralement admettre l'existence comme entité pathologique de l'atrophie jaune aiguë du foie et à admettre une forme d'ictère grave spéciale, à cause en quelque sorte spécifique quoique encore

Digitized by Google

inconnue, à côté des autres formes dans lesquelles une série de lésions de l'organe hépatique aboutissent à un complexus clinique à peu près semblable. Toutefois, beaucoup de bons esprits restaient encore en suspens, quand l'étude de la question au point de vue expérimental vint encore aggraver les difficultés et ne plus laisser à l'atrophie jaune aiguë que ses caractères anatomiques, puisqu'au point de vue symptomatique, dans tous les cas, c'est à l'entrée dans le sang des acides biliaires que les accidents doivent être attribués; ce qui paraît du reste très-plausible, puisque dans toutes les formes ils sont presque toujours à peu près les mêmes.

Envisageant la question à un point de vue tout à fait absolu, Jaccoud prend la contre-partie et de ces expériences et de la théorie qu'on en déduit. Pour lui, ce n'est point la cholémie qui tue, mais c'est tout au contraire l'acholie. Pour lui « l'état morbide auquel on a donné le nom d'ictère grave est toujours la conséquence d'une atrophie parenchymateuse du foie. Cette atrophie n'est pas constamment liée à une hépatite proprement dite, ainsi qu'on l'a avancé; elle est la conséquence de processus actifs ou passifs d'origines très-diverses. Une fois l'atrophie effectuée, les effets pathologiques sont les mêmes, à quelques nuances près, qui dépendent de la cause de l'atrophie; ces phénomènes ne sont point l'expression d'une résorption biliaire ou cholémie, ils sont dus à la cessation de l'hématose du foie, à l'acholie; ils constituent la symptomatologie spéciale de l'asphyxie hépatique. » (Jaccoud, *Leçons de clinique médicale*. Paris, 1873, page 554.)

A cette conclusion absolue et en quelque sorte univoque, nous ferons plusieurs objections. D'abord la rareté des symptômes de l'ictère grave dans la cirrhose hépatique qui, certes, doit bien être la lésion dans laquelle l'hématose hépatique, comme le dit l'auteur que nous venons de citer, est la plus manifestement supprimée. Or, ces symptômes-là ne se rencontrent jamais durant le cours de cette maladie. Jamais les malades ne meurent dans les convulsions et les hémorrhagies; c'est plutôt dans le refroidissement ultime de l'ana-

Digitized by Google

sarque que nous les voyons succomber pour la plupart. Dans un seul cas nous avons vu quelques troubles se rapprochant de ceux de l'ictère grave, mais de fort loin et dans des circonstances telles que le foie malade n'avait même pas été mis en question. Par contre nous avions là tout le cortége physiologique de l'acholie.

Nous reprocherons ensuite au savant professeur d'avoir, d'un trait de plume, biffé toutes les expériences qu'on a faites jusqu'à lui, sur l'action des éléments constitutifs de la bile. Il est vrai qu'il ne s'appuie que sur des travaux allemands, bien entendu, tous antérieurs à l'année 1864 ! ? Et c'est tout juste si dans ces expériences l'action retardatrice des battements du cœur, du glyco et du taurocholate de soude est reconnue comme un effet constant. Il est véritablement étonnant qu'il n'ait même pas signalé les beaux travaux de l'ancienne école de Strasbourg qui, à la veille de sa destruction, s'occupait très-activement de la physiologie pathologique de l'ictère.

Dans un travail publié en 1871, MM. les professeurs Feltz et Ritter, alors agrégés à la Faculté de médecine de Strasbourg, complétant les études déjà consignées dans la thèse de leur élève M. Grollemund, cherchèrent à établir l'action sur l'économie des divers éléments de la bile. De cette étude consciencieuse il résulte tout d'abord que la présence des matières colorantes de la bile injectées dans le sang ne détermine pas le moindre accident; qu'il en est de même de la cholestérine, tandis qu'au contraire les acides biliaires (taurocholate et glycocholate de soude) ont donné les résultats les plus positifs sur lesquels nous allons nous étendre un instant. Injectés à petite dose dans le système vasculaire, ces sels dont nous venons de parler, déterminent toujours un abaissement de température de 1 à 2 degrés, le ralentissement du pouls, souvent des vomissements, quelquefois de légers accidents nerveux; le tout sans ictère. On notait en outre la présence de l'indican et de l'urée en excès dans les urines. A dose supérieure, nous avons en plus des accidents convulsifs, des selles diarrhéiques et sanguinolentes. L'urine

Digitized by Google

foncée contient de l'albumine ainsi que la matière colorante du sang, sans acides ni matière colorante de la bile. Les animaux sont lents à se remettre. Enfin, à dose forte, les animaux périssent toujours dans un bref délai, avec les mêmes accidents, mais beaucoup plus intenses : des accidents nerveux épileptiformes, des hémorrhagies diverses, mais jamais d'ictère. Dans les urines il y a de l'albumine, des acides biliaires en quantité très-faible, un peu de matière colorante verte et de l'indican.

L'examen histologique du sang permet d'y reconnaître l'existence de cristaux aiguillés d'hémoglobine. Il contient en plus une certaine proportion de sels biliaires. Quand on a lié le canal cholédoque, le sang présente les mêmes altérations histologiques et des détritus provenant des globules rouges détruits.

L'analyse chimique y fait découvrir des proportions variables des sels biliaires. Les urines contiennent de l'hémoglobine, de l'albumine, des traces d'acides biliaires. Les matières colorantes de la bile ont toujours précédé l'apparition de la jaunisse. La jaunisse déclarée, les matières colorantes manquent parfois. Les conjonctives et les muqueuses deviennent jaunes.

Ainsi à part la présence dans les urines de la leucine et de la tyrosine, et les lésions caractéristiques de l'organe hépatique dans l'atrophie jaune aiguë du foie, ces expériences reproduisent toute la symptomatologie des deux groupes que nous avons formés. Qu'il y ait dans la première forme un élément qui nous échappe, je suis le premier à le reconnaître, et c'est là-dessus que je me base en partie pour en faire une maladie à part. Mais que pour les deux formes et quelle que soit la lésion dans la seconde (pourvu qu'il y ait lésion du foie, ou tout au moins gêne au cours de la bile), cet ensemble de symptômes que nous venons d'énumérer et qu'on détermine expérimentalement, est toujours le même. Ainsi, dans les diverses observations que nous allons donner ci-dessous, nous voyons, soit un calcul hépatique engagé dans le cholédoque ou une cicatrice oblitérante,

Digitized by Google

soit un carcinome du duodénum, donner lieu par obstruction à la résorption de la bile et à une série d'accidents semblables à ceux dont nous venons de parler. Dans la seconde des observations le calcul ayant fini par obturer entièrement le canal cholédoque, c'est alors seulement que les phénomènes graves se manifestèrent. Mais l'observation III me paraît bien plus importante encore: une cicatrice du cholédoque enflammé finit en se rétractant par oblitérer le conduit. Nous avons alors un ensemble de symptômes tout à fait identique à ce que produit l'expérience.

Nous avons pu être témoin de ces symptômes tout à fait caractéristiques, et le réactif de Pettenkoffer nous a fait connaître la présence des acides biliaires dans les urines. Enfin notre observation I nous donne le type parfait de l'atrophie jaune véritable. La malade, brusquement et sans cause appréciable, est prise de tous les symptômes caractéristiques de cette singulière affection, et l'autopsie révèle les lésions les plus étendues et les plus significatives.

OBSERVATION I. — *Atrophie jaune aiguë du foie. — Mort. Autopsie* (hospice de l'Antiquaille, salle Sainte-Françoise (service des Chazeaux), n° 12, recueillie par M. le docteur Daniel Mollière, chirurgien en chef désigné de l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le docteur Gailleton, chirurgien en chef du service).

La nommée Louise-Jenny Pittet, âgée de 20 ans, née à Pampigny (Suisse), domestique, demeurant au camp de Sathonay, ce qui indique sa profession, entre le 21 décembre 1873 dans la division des femmes vénériennes.

Cette jeune fille, qui se livre à l'exercice de la prostitution, était entrée le 21 décembre, présentant quelques petites végétations simples à la vulve, que l'on avait sectionnées et sur lesquelles on mettait de la poudre de sabine et d'alun. Depuis quinze jours environ elle présentait une teinte ictérique de la peau assez légère. Cependant les conjonctives participaient un peu à cette coloration. Elle ne se plaignait, au reste, d'aucun malaise quand, dans la nuit du 25 au 26, elle fut prise d'accidents formidables; ses compagnes la virent se lever brusquement et rester droite à côté de son lit adossée contre le mur et refusant de répondre à toute espèce de questions. Elle fut recouchée; le lendemain on la trouva dans un état de prostration extrême. Cependant le pouls n'était pas accéléré : on ne réveillait aucune douleur en pratiquant la palpation abdominale ; on prescrivit une potion antispasmodique.

Digitized by Google

Le 27, T. A. 37°. Etat comateux ; spasme des mâchoires. Lavement de musc. Les pupilles sont dilatées. Soir, idem. Flaccidité absolue de tous les muscles. Température vaginale 38°. Pouls à 105. Rien à l'auscultation. Selles diarrhéiques involontaires. Vessie vide : on n'a pas pas pu se procurer de ses urines. En la pinçant on déterminait encore de la douleur, comme un spasme facial le montrait. Mais en feignant de lui maintenir les yeux ouverts on ne déterminait pas de spasmes. Lèvres fuligineuses.

28. — Mort à dix heures du matin.

L'autopsie et l'examen histologique sont faits en commun par Humbert et Daniel Mollière.

Autopsie 48 heures après la mort.— Abdomen : Dès la première incision on trouve des ecchymoses arrondies variant de l'étendue d'une pièce de vingt centimes à celle d'une lentille, qui sont répandues dans le tissu cellulaire sous-péritonéal ; on en retrouve également dans le tissu cellulaire sous-pleural et le médiastin postérieur en est rempli. Dans ce dernier elles sont confluentes et acquièrent le volume d'une pièce de cinq francs. Elles sont confondues de toutes parts. Le mésentère et toutes les franges péritonéales leur doivent un aspect tigré. Hémorrhagies analogues dans le tissu cellulaire de l'aisselle.

Les reins sont légèrement augmentés de volume, très-congestionnés, mais surtout dans la substance médullaire. Les pyramides sur une coupe forment comme des taches à la surface de la coupe ; la substance corticale ayant une coloration ictérique comparable à celle du foie muscade, les pyramides au contraire ayant une coloration rouge sombre. Les capsules surrénales ne sont pas augmentées de volume. Quelques pétéchies à la surface des bassinets.

La vessie ne contient qu'une quantité insignifiante d'urine dont la coloration est extrêmement foncée. Rate normale sans teinte ictérique. Les poumons présentent à leur surface de petites pétéchies ; à leur coupe on trouve en certains points des noyaux très-fortement engoués qui crépitent à peine sous le doigt, mais qui cependant surnagent.

Rien du côté des ganglions lymphatiques. Rien non plus du côté des ganglions mésentériques. Le corps thyroïde (il n'a pas la teinte ictérique) qui contient des foyers de dégénérescence colloïde présente, dans ces derniers, des foyers hémorrhagiques. Rien aux vertèbres à l'œil nu. Cette dernière teinte se retrouve aux méninges, dans le mucus vaginal, dans le la plèvre, le péricarde et toutes les synoviales articulaires, le péritoine les ventricules cérébraux, l'aorte....

L'utérus présente une muqueuse extrêmement congestionnée, les ovaires de petits foyers hémorrhagiques. Le cerveau est normal.

Le foie, dont le volume égale à peine celui des deux poings, a sa consistance normale ; mais il présente à la coupe une coloration jaune éclatante avec des points extrêmement congestionnés. Il ne pèse plus que 745 gr. Cependant il y a encore un peu de bile dans la vésicule.

Digitized by Google

Examen histologique. — Faite à l'état frais une coupe du foie qui présente une coloration jaune indien (ocre jaune brillant) ne laisse plus voir une seule cellule hépatique normale ; on ne trouve plus qu'une quantité considérable de graisse, soit en fines granulations, soit en gouttelettes, et des granulations nombreuses de pigment biliaire. Quand on jette un coup d'œil sur la surface interne des veines hépatiques, on trouve une sorte de dépôt blanc pulvérulent. Si on en examine la nature on le trouve constitué exclusivement par des cristaux de tyrosine et de leucine.

Les reins, dont la substance corticale paraît être à l'œil nu singulièrement augmentée de volume, présentent une dégénérescence granulo-graisseuse de l'épithélium des *tubuli*. En pratiquant des coupes sur des segments du poumon macéré dans l'alcool on trouve à l'œil nu des taches plus ou moins diffuses au niveau desquelles l'organe paraît avoir perdu son aspect spongieux. Sur des tranches minces le microscope permet de constater que ces taches sont dues à des épanchements sanguins qui remplacent complètement les vésicules pulmonaires. Mais il n'y a pas trace de lésions inflammatoires. En pratiquant une coupe du corps thyroïde, également durci dans l'alcool, on trouve dans un des follicules singulièrement agrandi et rempli de substance colloïde un épanchement sanguin. Les globules sont disséminés dans la substance colloïde coagulée au milieu de laquelle ils apparaissent sous l'objetif comme un léger nuage.

Cette observation n'a pas besoin de commentaires. On reconnaît là sans hésiter l'atrophie jaune aiguë du foie, l'ictère malin hémorrhagique de certains auteurs. Rien ne manque au tableau, sauf quelques particularités cliniques que l'on n'a pu constater à cause de la rapidité avec laquelle la mort est survenue. La diminution du volume du foie à la percussion (Frerichs) et la présence dans les urines de la leucine et de la tyrosine ont été de ce nombre. Car, comme l'anurie a été persistante pendant la vie, ce n'est qu'après la mort qu'il a été possible de recueillir de l'urine, et l'on sait, depuis les travaux de Gubler, le peu d'importance que l'on doit attribuer à cet examen *post mortem*.

L'état du foie était aussi bien différent dans le cas présent de ce qu'il est dans les autres ictères graves symptomatiques, où les cellules hépatiques sont plus ou moins altérées. Ici elles sont toutes entièrement détruites ; on n'en trouve pas une seule. Le foie est supprimé en vingt-quatre heures, aussi n'est-il pas étonnant que tous les acides biliaires qu'il conte-

Digitized by Google

nait soient alors brusquement répandus dans le torrent circulatoire.

Obs. II. — *Ictère grave. — Adynamie. — Cirrhose du foie. — Cancer colloïde du duodénum. — Ectasie des voies biliaires.* (H. Mollière, inédite.)

Le nommé Alix Fleury, concierge, né à Lyon et âgé de 65 ans, entre le 2 septembre 1868 à l'hôpital de la Croix-Rousse, salle Saint-Pothin, n° 14, dans le service de M. le docteur R. Tripier, dont j'étais alors l'interne.

Il paraît que cet homme a souffert la faim et enduré toute espèce de privations. Aucune colère, aucune émotion morale antérieure. Il a habité dans des lieux insalubres (quartier Saint-Polycarpe). Il paraît s'être bien porté jusqu'ici. Pas d'alcoolisme. Rien du côté de la cavité thoracique. Jamais il n'a eu d'hémoptysie.

Il y a six semaines, il éprouva pendant six jours environ des accès de fièvre intermittente, qui, paraît-il, disparurent à la suite d'un traitement spécifique. Ces accès paraissaient à six heures du soir et duraient une demi-heure. Pendant la durée de ces accidents la teinte ictérique qu'il présente aujourd'hui survint petit à petit pour atteindre la forme qu'elle présente à l'heure qu'il est. Le hoquet a apparu consécutivement à l'ictère.

La coloration ictérique des téguments est très-marquée : en certains points il existe de petites taches rosées qu'on pourrait prendre pour des pétéchies, mais qui ne sont autre chose que des piqûres d'insectes. Sur le ventre, qui est ballonné assez fortement, la percussion de la région du foie révèle ce seul signe : diminution considérable ou plutôt absence de la matité propre à l'hypochondre droit. Ce phénomène paraît avoir pour cause une ascension considérable de l'organe dans la cavité thoracique, où il paraît remonter au-dessus de la région mammaire.

Nous avons déjà insisté sur les hoquets perpétuels et les renvois continuels que présente cet homme depuis le début de sa maladie. On sent le bord antérieur du foie sous les dernières côtes. Douleurs très-vives dans le creux épigastrique et du côté droit. Le pouls est très-petit et médiocrement rapide. Les selles rares. Le malade est allé du ventre aujourd'hui ; il assure que ses matières ont conservé leur coloration normale. Pas de vomissements.

En somme : 1° douleurs diffuses dans l'abdomen ; 2° hoquets continuels ; 3° prostration. L'état général est profondément débilité ; la palpation de la région hépatico-épigastrique a révélé l'absence de toute espèce de tumeur. Les accès de fièvre n'ont pas reparu.

Vu l'intérêt extrême de cette observation, nous reproduirons les notes telles qu'elles ont été prises au jour le jour près du malade.

L'appétit disparu a repris. Un peu de constipation. Diarrhée la semaine passée. Un peu de tympanisme ; jamais il n'y a eu d'œdème des membres

Digitized by Google

inférieurs. Amaigrissement ; mais rien du côté du cœur ni des poumons, sauf un peu d'emphysème. Rate normale. Pouls à 88. Battements du cœur un peu irréguliers.

4 sept. Le hoquet n'est pas continuel. Sensation de brûlure aux parties antéro-externe et moyenne des cuisses : cependant la sensibilité n'est pas troublée. La langue est lisse et fendillée en certains points. Elle paraît un peu chargée et présente même en certains points quelques traces de muguet. L'appétit a disparu et les selles deviennent grisâtres. Prescription : eau de Vals (Juliette), 30 centigrammes de rhubarbe tous les matins. Potion avec quinze gouttes de chloroforme. Vin, lait, café, bouillon maigre.

5 septembre. Pouls à 72. Mêmes douleurs musculaires ne siégeant plus que du côté droit.

6 septembre. Pouls à 64, évidemment ralenti. Les hoquets ont reparu quelquefois depuis hier dans la journée. Mêmes douleurs mais moins vives. Le malade a un peu déliré cette nuit ; il a du dégoût pour les aliments et les boissons. On continue l'eau de Vals.

8 septembre. Pouls à 76. Diarrhée copieuse cette nuit. Depuis hier au soir, sensation de barrement très-superficielle dans le ventre. Tympanite. Sensation d'empâtement dans l'hypochondre droit douloureuse. Cette dureté paraît en dehors du foie. Pas de matité à ce niveau. Les prétendues pétéchies ont disparu. Langue très-sèche. Le malade ne voit pas les objets en jaune. Pigment biliaire dans les urines constaté dès le début.

9 septembre. Le malade a déliré ce matin ; il ne paraît pas avoir de diarrhée. Le pouls est à 72 ; le regard est fixe. Grande dépression des forces. Subdélirium au moment de la visite. Figure immobile.

Le soir, le pouls est à 104, petit. Le malade a entièrement perdu ses sens. État comateux et adynamie absolue jusqu'à la mort, qui arrive le 10 au soir à minuit.

Autopsie pratiquée le 12 septembre, à neuf heures du matin. Les poumons sains paraissent en quelques points manifestement colorés en jaune.

Le cœur est sain; les parois en sont peut-être un peu amincies. Le sinus aortique est dilaté.

Reins normaux.

Rate plus grosse qu'à l'état normal, présentant à sa surface convexe une immense plaque laiteuse, avec granulations indiquant une péritonite ancienne. Petite rate supplémentaire de la grosseur d'une noisette.

Cavité abdominale : Un peu de sérosité, mais en très-petite quantité. Adhérences assez nombreuses mais peu importantes dans toute la région hépatique. Estomac sain. Le foie a son volume normal et est atteint partout de cirrhose à la période granuleuse avec dégénérescence graisseuse. Au niveau du duodénum on sent une tumeur du volume d'une grosse noix développée au niveau du pli de Vater dans l'intérieur de l'intestin. La vésicule biliaire est blanche, un peu vascularisée, triple de son volume

Digitized by Google

normal, allongée, pyriforme, pleine de bile et de boue jaune formée par la matière colorante. Tube intestinal sain.

Le corps thyroïde, manifestement hypertrophié, présente à la coupe une dégénérescence graisseuse complète. Les ganglions lymphatiques abdominaux sont envahis par le même processus cancéreux (genre colloïde), et à la coupe ils ont en outre une couleur ictérique manifeste qui peut même être constatée sur des ganglions qui n'ont pas encore été sectionnés.

La dissection minutieuse de la région malade révèle les particularités suivantes : il existe une grosse tumeur végétante du volume d'une noix dans l'intestin au niveau du pli de Vater, de nature colloïde et ramollie. Les canaux cystique et cholédoque sont très-dilatés ; on peut même introduire sans aucune difficulté le médius dans l'intérieur du dernier. Le conduit pancréatique a acquis le calibre d'une forte plume d'oie (pancréas sain). Deux stylets introduits dans ces canaux font constater que grâce au ramollissement de la tumeur ces conduits pénètrent encore dans l'intestin, et que probablement à une autre période de la maladie leur embouchure a dû être oblitérée comme le prouve l'ectasie dont ils sont atteints.

Pas de dépôt cancéreux secondaire dans le rachis.

Les centres nerveux n'ont pas été examinés.

La tumeur principale, comme les dépôts ganglionnaires, présentent tous les caractères du cancer colloïde.

En lisant avec attention cette singulière observation, il est difficile de ne pas trouver un rapport frappant entre les phénomènes qu'a présentés ce malade et les effets produits par l'injection des acides biliaires dans le sang : vomissements, hoquets, accidents nerveux, se terminant par le coma, ralentissement du pouls. Cette observation paraît correspondre à la deuxième série des expériences sus-indiquées, de celles dans lesquelles les injections ont été faites petit à petit et n'ont pas déterminé de phénomènes foudroyants immédiats. Cette intermittence des accidents s'explique très-bien par les rapports de l'orifice du canal cholédoque avec la tumeur. Tantôt il devait y avoir obstacle, tantôt le ramollissement graduel du néoplasme colloïde permettait à la bile de s'écouler à nouveau dans l'intérieur de l'intestin. Quant à cet affaiblissement du pouls, que nous avons trouvé là comme ailleurs, l'expérimentation nous en donne aussi l'explication, et c'est encore la cholémie qu'il va nous falloir invoquer,

Digitized by Google

Dans une thèse fort bien faite soutenue devant la Faculté de médecine de Nancy : *Du pouls dans l'ictère simple*, notre ami le docteur Kleinpetter a démontré, par une série d'expériences fort bien conduites, que c'est le taurocholate de soude qui ralentit les pulsations cardiaques et consécutivement les pulsations artérielles. Car chez un animal empoisonné préalablement par le curare, on voit ces battements devenir de moins en moins fréquents si l'on fait absorber au même animal le sel biliaire incriminé. Il paraît aussi y avoir une action particulière de cette même substance sur l'origine du nerf vague; car chez un animal empoisonné, dont par conséquent les pulsations sont ralenties, la section de ce nerf permet au chiffre normal des pulsations de reparaître. Nous verrons plus loin combien ces données expérimentales sont capables d'expliquer encore d'autres phénomènes et d'étayer solidement notre théorie de la cholémie. Encore une fois, nous ne nions pas l'acholie, bien plus nous reconnaissons qu'elle seule peut expliquer la mort dans certains cas de cirrhose du foie ou de carcinomes squirrheux de cet organe. Nous reconnaissons comme Jaccoud que la présence de la leucine et de la tyrosine ont pour cause manifeste la suppression plus ou moins considérable des fonctions de l'organe, puisque dans notre observation I on a trouvé ces substances dans l'intérieur même de la veine porte vide de sang. Au reste, il n'est plus admis aujourd'hui par personne que ces substances exercent une action nocive sur l'organisme. Ce ne sont en somme que les résidus de combustions incomplètes.

Dans la présente observation la bile peut donc être certainement considérée comme la cause des désordres, puisque malgré la cirrhose avancée du foie, il s'en formait toujours, que la vésicule biliaire en était pleine, et qu'avec l'ictère coïncidait la présence du pigment biliaire dans les urines.

Digitized by Google

Fièvre intermittente symptomatique. — Ictère, accès épileptiformes. — Mort. — Rétrécissement du canal cholédoque. — Hépatite parenchymateuse et interstitielle. (Hôtel-Dieu de Lyon, salle Sainte-Elisabeth, n° 9, service de la clinique médicale) — Observation recueillie par M. Mollière, chef de clinique, et M. Galland, externe de service.

Le nommé Jean A..., né aux Eparres, département de l'Isère, demeurant à Venissieux, où il exerce la profession de tailleur d'habits, âgé de 36 ans, entre dans le service le 17 juin 1873.

Cet homme s'est, dit-il, toujours bien porté. Il n'a pas fait de grands excès alcooliques. Pendant toute la durée de la guerre, il a eu la diarrhée. La maladie a commencé il y a huit mois par un accès de fièvre assez court, mais qui a reparu bientôt après et a continué jusqu'à aujourd'hui d'une manière assez irrégulière. Il y a environ six semaines il eut des accidents plus violents de fièvre intermittente. A partir de ce moment la fièvre a pris le type tierce. Cette exacerbation des accidents intermittents a précédé le développement d'un ictère qui couvre tout son corps, a débuté il y a cinq semaines et a été suivi d'un prurit violent et de légères coliques. A la palpation on ne trouve pas d'hypertrophie de la rate. Le foie ne paraît pas sensiblement hypertrophié. En haut il s'avance profondément sous le diaphragme ; en bas il ne dépasse pas les fausses côtes. Sur la ligne médiane on le trouve au-dessous de l'appendice xyphoïde. A la percussion on trouve de la matité à trois ou quatre centimètres au-dessous du mamelon et dans les autres points déjà décrits à propos de la palpation. Les urines sont très-colorées ; la présence du pigment biliaire y a été démontrée par l'épreuve de l'acide nitrique et celle des acides biliaires par le réactif de Pettenkoffer. Les selles sont décolorées. Le soir de son entrée le pouls était à 120. Le 18 au soir à 112.

On prescrit une infusion de camomille, de la rhubarbe et de l'eau de Saint-Galmier. Cependant on croit devoir rattacher l'ictère à la fièvre intermittente. Tout au contraire je crus, et fus le seul de mon avis, l'ictère et la fièvre symptomatiques d'une hépatite chronique.

Cependant le malade s'émaciait toujours et l'ictère et la fièvre persistaient sans relâche. Puis les forces l'abandonnèrent, et le 13 juillet au soir il prit des accès épileptiformes avec cris, mouvements toniques et cloniques, morsure à la langue, perte de connaissance. On fait appeler l'interne de garde, qui en est témoin. Pendant la nuit, seconde attaque. Toute la journée du 14 nous avons assisté à ces attaques devenues subintrantes ou mieux subcontinues, accompagnées de cris terribles, soit réflexes, soit liés à la douleur, qui est du reste peinte sur le visage. La mort survint dans la soirée, le malade étant tombé dans un état semi-comateux.

Autopsie. — Putréfaction assez avancée du cadavre par suite de la chaleur extrême. C'est pour cela que le foie présente un volume triple de

Digitized by Google

celui qu'il doit avoir à l'état normal. Néanmoins on peut très-bien constater que les canaux biliaires sont très-dilatés par la bile. Çà et là on aperçoit quelques points piquetés en jaune (dégénérescence graisseuse). La vésicule biliaire énorme est gorgée de bile. Le canal cholédoque dur au toucher et resserré de telle sorte qu'on ne peut faire passer dans son intérieur un stylet de trousse ordinaire.

La rate est dure, volumineuse, double de son volume ordinaire; la pulpe en est peu abondante. Les reins sont très-injectés. L'intestin ne contient pas de bile. Le tissu cellulaire sous-arachnoïdien est légèrement injecté. Il y a aussi de la suffusion séreuse cadavérique.

L'obstacle au cours de la bile révélé par la difficulté dans l'introduction du stylet a pour cause une cicatrice de la muqueuse dont une coupe montre parfaitement à l'œil nu la dureté et l'étendue. C'est un néoplasme inflammatoire et relativement limité.

L'examen microscopique du foie après macération dans l'acide picrique a révélé à M. Berthomier et à moi l'existence d'une hépatite à la fois parenchymateuse et interstitielle.

Le tissu conjonctif de l'organe est en prolifération manifeste; nombreuses cellules embryonnaires.

Les cellules propres de l'organe sont ou gorgées de bile ou de granulations assez volumineuses (noyaux), signes d'un commencement de travail irritatif de ce côté.

La température n'a pu malheureusement être prise en temps opportun. Le tracé sphygmographique recueilli le 17 juin, c'est-à-dire probablement pendant un accès de fièvre, ne révèle rien de particulier, si ce n'est une tension très-faible dans la circulation et une grande accélération dans les battements du cœur.

Cette observation équivaut absolument à une expérience de physiologie pathologique. La cicatrice du canal de la bile a remplacé le fil à ligature des vivisecteurs, et les désordres observés ont été les mêmes que chez les animaux observés. Tout récemment un interne des hôpitaux de Paris, M. Longuet, a présenté à la Société de biologie un fait du même genre. Malheureusement l'observation est par trop sommaire en ce qui concerne la marche et les symptômes de la maladie. Nous ajouterons à ces différents cas le fait suivant où l'autopsie n'a malheureusement pas été faite, mais où les accidents présentés par le malade ne peuvent pas être attribués à autre chose qu'à l'entrée brusque des principes de la bile dans le sang.

Digitized by Google

Obs. IV. — *Carcinome de l'estomac. — Mort rapide avec des symptômes d'ictère grave. — Autopsie refusée.*

Le nommé Augustin G..., âgé de 44 ans, vérificateur à l'octroi, entre le 8 mars 1870 à la salle Saint-Bruno, n° 27, service de M. Joseph Faivre. Anamnestiques : Bonne santé antérieure, à part une fièvre tierce contractée il y a dix ans auprès de mares d'eau stagnante, voisines de son habitation. Depuis neuf mois, douleurs de reins violentes, surtout intenses pendant la nuit. Depuis cette même époque il s'est mis à éprouver des palpitations de cœur accompagnées de bourdonnements d'oreille avec menace de syncope. Jamais il n'a eu les jambes enflées; mais il y a deux mois il a vomi par deux fois une grande quantité de sang. Rien du côté de la poitrine. Le malade a très-souvent des vertiges et de l'insomnie. Enfin depuis six mois il vomit tous ses aliments ; il a eu des vomissements mélaniques et la digestion ne se fait plus. Douleurs stomacales et lombaires. Cependant l'amaigrissement n'est pas encore très-considérable. On constate à la palpation de l'empâtement de la région épigastrique, siége de palpitations douloureuses. Teinte jaune paille caractéristique.

J. Faivre trouve un souffle musical au deuxième temps sur le trajet de l'aorte pectorale et se propageant jusqu'au dessous du diaphragme. Les jours qui suivirent son entrée, cet homme eut un état de subdélirium intermittent, puis du délire véritable et un ictère intense. Le pouls devint rapide et plein, le corps couvert de sueurs abondantes. Des hémathémèses nouvelles survinrent et emportèrent le malade le 11 avril. Malheureusement l'autopsie fut refusée, mais les symptômes furent assez rapides pour faire songer à une propagation de néoplasme aux voies biliaires avec obstruction de leur lumière et irruption rapide de la bile dans le sang.

Mais je me hâte de le reconnaître, cette observation n'est pas entièrement concluante. A ces différents faits pour nous si probants et si significatifs de l'existence d'un ictère grave par cholémie, j'ajouterai l'observation suivante où cette fois la mort a bien eu lieu par acholie, par défaut d'hématose hépatique. Il sera facile de constater par la différencce des symptômes la différence des deux processus.

Obs. V. — *Cholélithiase. — Cachexie. — Acholie. — Mort. — Autopsie.*

La nommée Anne M...;, née à Villeurbanne, demeurant à Lyon, âgée de 70 ans, entre le 22 juin 1873 à l'Hôtel-Dieu de Lyon, service de la clinique médicale, salle Saint Roch, n° 4.

Cette femme paraît avoir joui jusqu'ici d'une très-bonne santé. Elle a eu dix enfants et la ménopause est arrivée à l'âge de 48 ans sans accidents, si

Digitized by Google

ce n'est un prurit intense dans les membres qui a persisté jusqu'à ces derniers temps. Sa santé fut excellente jusqu'en 1870. Elle eut alors beaucoup à souffrir moralement. A l'époque de l'armistice, en voyant arriver son fils qui revenait de la guerre et ne l'avait point prévenue de son retour, elle eut une violente émotion. Le lendemain sa figure devint entièrement jaune, ainsi que les sclérotiques et le corps tout entier. L'urine était très-jaune et très-épaisse. Elle continua cependant son travail sans en trop souffrir. Quand elle portait de fortes charges elle souffrait un peu dans la région du foie. Elle resta à peu près dans cet état pendant deux ans; elle eut un violent catarrhe pulmonaire qui, aujourd'hui, a disparu. Il y a deux mois seulement qu'elle a commencé à perdre ses forces. La faiblesse devint de plus en plus considérable, et elle se décida à entrer à l'Hôtel-Dieu le 22 juin 1873. Depuis son entrée jusqu'à sa mort cette femme a présenté tous les symptômes d'une anémie progressive essentiellement caractérisée par l'amaigrissement, la perturbation graduelle de toutes grandes fonctions, de celle du tube digestif principalement (indigestions fréquentes). L'ictère persista tout ce temps et le diagnostic fut longtemps indécis. Pendant que je dirigeais le service j'eus l'idée de lui donner du calomel pour m'assurer si les voies biliaires étaient encore perméables. L'épreuve fut positive et ne fit qu'obscurcir encore la question. C'est alors qu'on pensa reconnaître dans ses antécédents le souvenir de coliques hépatiques très-mal caractérisées et fort anciennes. Le foie très-volumineux et dur faisait pencher quelques-uns vers le cancer et la sclérose. L'autopsie vint donner la solution du problème. La malade s'était éteinte le 13 octobre dans le marasme à la suite d'une indigestion.

Autopsie, pratiquée le 14 octobre 1873, par MM. H. Mollière, Raynaud et Rochas. — Le foie est hypertrophié. Il n'a plus sa couleur habituelle, mais une teinte verte prononcée. En disséquant le canal cholédoque ectasié, on le trouve obstrué vers sa partie inférieure par un énorme calcul. Ce calcul, trop gros pour passer dans l'intestin, remplit en grande partie la lumière du canal. A la coupe du foie on trouve une grande quantité de bile répandue dans le parenchyme de l'organe. Les vaisseaux biliaires sont hpertrophiés et dilatés. On en fait sourdre une assez grande quantité de bouillie noire ressemblant à de la poussière de charbon et provenant de détritus de calculs. La vésicule biliaire est vide, sur ses parois se trouvent deux ou trois petites poches remplies d'un liquide incolore, transparent; la plus grosse ayant le volume d'une noisette.

Enfin pour terminer, nous rapporterons en abrégé l'histoire d'une malade qui succomba en moins d'un mois au développement rapide d'une cirrhose hépatique et dont nous avons publié déjà l'observation dans un autre but (*Recherches cliniques sur la nosographie du purpura hæmorrhagica.* Lyon, 1874, pages 25 et 26). Chez cette femme, âgée de 38 ans, et qui depuis longtemps déjà se livrait à la boisson, à des phénomènes

Digitized by Google

gastro-intestiaux, relativement légers, succédèrent des symptômes d'hypérémie et de congestion vers la tête. Elle eut des ecchymoses sous-conjonctivales et du purpura généralisé qui, joints à des hémoptysies qu'elle avait eues peu de temps auparavant indiquaient déjà une altération profonde dans la constitution du sang. Le 25 juin 1872, cinq jours après son entrée, je constatai de l'œdème des jambes et des pieds, et sur ces points du purpura coïncidant avec des ecchymoses diffuses. Le 26, on constata un ictère assez prononcé avec prurigo ; puis, le 24 juillet, survint brusquement une ascite. Dès lors cette femme robuste commença à s'affaiblir rapidement. L'hydropisie fit des progrès constants, et je dus la ponctionner : dix à douze litres d'un liquide citrin furent retirés de l'abdomen, mais l'orifice de la ponction resta fistuleux et la malade s'éteignit le 24 août. A l'autopsie, pratiquée avec le concours de M. Fessy, interne du service, nous trouvâmes une cirrhose des mieux caractérisées. Le foie avait perdu un quart de son volume normal. Il était granuleux et d'une dureté cartilagineuse. La vésicule du fiel était remplie de bile ancienne contenant une boue calculeuse. Le canal cholédoque est oblitéré et tordu sur lui-même.

En somme ce foie était détruit comme organe sécréteur à n'en pas douter. Les phénomènes observés peuvent donc être légitimement attribués à cette brusque suppression. Combien sont-ils différents de ceux dans lesquels le foie travaille toujours, mais pour verser cette fois tous ses produits dans le sang ?

CONCLUSIONS.

I. On doit séparer avec soin des ictères graves l'atrophie jaune aiguë de cet organe, qui a des caractères bien tranchés qui permettent de la rapprocher du typhus et des maladies infectieuses.

II. Sous le nom d'ictère grave on doit comprendre les phénomènes dus à l'entrée plus ou moins brusque des principes acides de la bile dans le sang (cholémie), et non point ceux qui sont consécutifs à la suppression des fonctions de cet organe (acholie).

III. Ces deux processus bien différents et trop confondus jusqu'ici par les auteurs classiques s'observent aussi fréquemment l'un que l'autre.

Digitized by Google

IV. Le premier est très-aigu, le second affecte une marche beaucoup plus lente.

V. Sur ce point les observations cliniques viennent sanctionner entièrement les résultats de l'expérimentation physiologique.

Digitized by Google

DE L'HÉMORRHAGIE

DANS LA

COMPRESSION D'ESMARCH

A LYON

PAR M. DUTRAIT

INTERNE DES HÔPITAUX DE LYON.

Il y a un an et demi à peine (1), s'annonçait une méthode chirurgicale appelée à prendre place à côté des modifications les plus heureuses. Il ne s'agissait de rien moins que de supprimer l'effusion du sang dans la plupart des opérations. Les avantages de l'anémie chirurgicale sautaient aux yeux : réduction du nombre des aides, facilités d'opérer plus grandes, et parce que la compression est parfaite, ne se fatigue pas, et parce que plus de large reste au chirurgien ; enfin augmentation des chances de survie pour le patient, l'opération pouvant se parachever sans perte de sang notable. Bien au contraire, la compression, méthodiquement appliquée, permet de refouler vers le tronc tout le sang du membre à enlever, c'est-à-dire d'augmenter la quantité de liquide nutritif par rapport à la masse de tissus à entretenir, c'est-à-dire de réaliser une véritable transfusion.

On comprend avec quel empressement fut accueilli le procédé d'Esmarch dès qu'il fut connu. A Lyon nos maîtres ne

(1) Avril 1873 : Exposé de la méthode par l'auteur; — Août 1873 : Analyse du procédé par Billroth ; différents journaux reproduisent cette note ; — Novembre 1873 : Demarquay, qui a vu opérer Esmarch, applique la méthode en Frauce. — Bientôt après le docteur Marduel donne un excellent exposé critique du principe d'Esmarch et de ses applications. (*Lyon Médical*, 4 et 18 janvier 1874.)

Digitized by Google

devaient pas rester en retard : dans tous les services nous avons pu voir le caoutchouc remplacer l'aide principal. Peut-être avons-nous un peu trop cédé à l'engouement qui s'attache à tout système nouveau. Tout d'abord on n'en a remarqué que les avantages incontestables ; c'était une ère nouvelle aussi féconde peut-être que la voie ouverte devant le praticien par les anesthésiques.

Maintenant qu'on possède un nombre de faits largement suffisant pour formuler un jugement motivé, il est bon de poser plusieurs questions de pratique importantes à résoudre. On doit examiner, par exemple : 1° si la méthode est bonne, puis si elle est quelquefois indispensable ; 2° si elle est applicable d'une manière indistincte à tous les cas, sinon dans quels cas elle donne les meilleurs résultats ; 3° si rien dans les suites de l'opération ne vient atténuer le bon résultat primitif.

Il ne nous appartient pas à nous de juger la méthode, le but que nous nous proposons est bien plus modeste. Appelé souvent auprès d'*ischémisés* qui perdaient du sang, nous nous sommes renseigné auprès de nos collègues, nous avons demandé l'appréciation des chefs de service, et nous sommes arrivé à cette conclusion que l'hémorrhagie s'est montrée ordinaire après la compression élastique. Cette complication a été signalée déjà, néanmoins nous avons cru intéressant d'en rechercher les causes, la fréquence, la gravité, d'indiquer quelles sont les circonstances qui semblent la favoriser, aussi bien que les moyens qui peuvent la prévenir.

Nous ne nous occuperons donc que de la dernière des questions énumérées tout à l'heure, et encore parmi les suites de l'ischémie ne prendrons-nous que l'hémorrhagie (1). Cet exposé, cependant, nous entraînera à baser sur la présence ou l'importance de la complication quelques indications sommaires de la méthode.

(1) Les autres complications signalées sont : un aspect plus blafard d la plaie, une tendance moindre à se déterger, des gangrènes partielle la phlébite, les embolies (Hybord), les paralysies (Langenbeck). Le cad de ce mémoire ne nous permet pas d'insister sur ces différents point-.

Digitized by Google

A. *Variétés d'hémorrhagies ; causes et mécanisme.*

L'hémorrhagie peut avoir lieu pendant un laps de temps très-étendu. Il importe, par conséquent, d'établir une division que nous ferons reposer sur le moment de l'apparition du sang. Cela nous permettra de grouper les causes et de ne rapporter à la méthode que ce qui lui appartient en propre.

Le sang se montre à trois époques bien distinctes : d'abord vers la fin de l'opération, au moment de l'hémostase (hémorrhagie immédiate) ; puis dans les vingt-quatre ou trente-six heures qui suivent l'opération (hémorrhagie précoce) ; enfin, au bout de plusieurs jours (hémorrhagie tardive).

Hémorrhagie immédiate. — Souvent au moment où l'on vient de lier l'artère principale, alors qu'on desserre graduellement la compression pour que le jet artériel indique les ligatures secondaires à placer, il arrive que la plaie est inondée par une nappe de sang considérable. Ce sang sort de tous les points à la fois ; on ne sait où prendre les vaisseaux qui donnent, et les ligatures que l'on établit diminuent à peine l'écoulement. Ce phénomène est sans importance, et l'explication en est facile. On remarquera d'abord que le sang est veineux plutôt que rutilant, quoique le malade respire bien. Si alors, ainsi que bien des fois nous l'a fait remarquer M. Gayet, on lâche brusquement les derniers tours de bande, le sang noir s'arrête, les artérioles seules continuent à saigner. Ce petit accident doit être attribué à la compression légère qui entrave le retour par les veines, tout en permettant l'accès du sang artériel.

Hémorrhagies tardives. — Nous réunissons sous ce nom toutes les pertes de sang qui surviennent après le premier jour. Les causes en sont multiples et variées ; d'abord l'indocilité du malade, des tractions intempestives sur les fils. On peut invoquer ensuite ou bien une maladie des artères (athéromasie, dégénérescence calcaire) qui en augmente la friabilité ; ou encore une maladie de la plaie, qui peut s'étendre

Digitized by Google

aux parois vasculaires, les ulcères ; ou enfin une cachexie générale, qui empêche la production ou favorise la désorganisation du thrombus. Il est évident que nous n'avons pas à nous occuper ici de ce deuxième groupe d'hémorrhagies. Celles-ci, en effet, se montrent tout aussi souvent comme complication des opérations pratiquées avec la compression digitale.

Hémorrhagies précoces. — Restent les hémorrhagies bien plus fréquentes qui surviennent comme conséquence rapprochée de l'opération. Ici nous croyons le procédé d'ischémie directement en cause, puisque ce n'est que beaucoup plus rarement qu'on les rencontre dans d'autres circonstances.

Elles se produisent dans les vingt-quatre heures qui suivent le pansement, rarement plus tard, ordinairement au bout de trois à six heures. Leur caractère, à peu près constant, est de se présenter sous forme d'un suintement général, rutilant, sans tendance à s'arrêter d'une manière spontanée, Il n'est pas rare de rencontrer en outre les jets de petites artères qui ont échappé à la ligature. Quel est le mécanisme de ce suintement sanguin ? La question est intéressante, mais elle est encore tout à fait du domaine de l'hypothèse. Essayons de la soulever, sans prétention de donner la solution véritable.

Plusieurs explications peuvent être proposées ; voici les deux qui nous semblent réunir le plus de probabilités. Lorsqu'on pratique une compression méthodique, compression extrêmement énergique, chacun a pu s'en convaincre, on vide à peu près complètement les vaisseaux ; leurs parois internes s'adossent de telle sorte que leur lumière est effacée ; il ne reste qu'une petite quantité de sang privé de mouvement, qui humecte d'abord les parois, puis les agglutine dans la position où elles se trouvent. Au moment où la compression est enlevée, cette adhérence, favorisée par le tassement des tissus, par l'inertie des muscles, oppose un obstacle à l'écoulement sanguin. Cette barrière devient surtout efficace dans les petites artères où l'action du cœur est affaiblie déjà à l'état normal. Après réveil complet,

Digitized by Google

les muscles réagissent, tiraillent dans la plaie ; en même temps le traumatisme provoque une fluxion irritative considérable, la fièvre de réaction fait succéder une propulsion cardiaque énergique à l'espèce de parésie provoquée par l'agent anesthésique. Le sang cherche à se créer un passage ; de proche en proche il écarte les lèvres appliquées des artérioles, il avance, il arrive au bord de la plaie, et comme il n'y trouve pas de caillot véritable, il s'écoule sur les pièces du pansement. On le voit, ce mode de production est tout à fait mécanique, et l'apparition du sang est plus ou moins retardée suivant que l'adhérence est plus ou moins solide, plus ou moins étendue.

Le second mode, que nous appellerons sthénique, est celui-ci : la compression énergique joint ses effets à ceux de l'irritation par l'air et l'instrument tranchant, pour porter au maximum l'excitation des vaso-moteurs. Ceux-ci réduisent au minimum la lumière du vaisseau : c'est le moment où se forme le thrombus, lorsque la compression employée permet l'accès du sang dans la partie du vaisseau en contact avec l'air ambiant.

Le spasme des nerfs vaso-moteurs persiste pendant un temps variable après la suppression du lien élastique. Aussi n'a-t-on souvent qu'un écoulement de sang insignifiant, et lorsqu'on a lié les grosses artères on néglige d'oblitérer les autres, soit qu'on ne les trouve pas, soit qu'elles donnent trop peu. L'hémostase semble suffisante, on applique le pansement. Mais bientôt la paralysie des vaso-moteurs succède comme toujours à leur action trop prolongée ; la chaleur qui se développe dans la plaie favorise l'apparition et exagère la durée de cette paralysie. Comme le thrombus fait défaut, la voie reste ouverte au sang, qui se montre à différentes époques suivant l'épaisseur du pansement, son degré de compression, et surtout suivant les conditions individuelles. Quelquefois cette hémorrhagie est extrêmement précoce, nous l'avons vu traverser des couches épaisses de coton pendant le temps qui avait suffi à faire le pansement et à emporter le malade.

Digitized by Google

Si cette hémorrhagie ne présente souvent aucune tendance à s'arrêter spontanément, c'est sans doute parce qu'alors ne se trouvent plus réunis comme au moment de l'opération le ralentissement circulatoire, l'action du froid et le rétrécissement des vaisseaux. Les conditions opposées que réalise l'Esmarch expliquent pourquoi une hémorrhagie, dont la persistance a nécessité l'ablation de l'appareil, s'arrête par le seul fait du contact de l'air ou de l'application de quelques moyens assez insignifiants.

Tels sont les deux mécanismes qui nous ont semblé interpréter le mieux la production de l'hémorrhagie. Existent-ils séparément ou plutôt combinent-ils leur action? Ou bien encore d'autres causes que celles que nous venons d'indiquer agissent-elles exclusivement dans certains cas, et se combinent-elles aux précédentes circonstances? C'est ce que nous ne saurions décider, et ce que la discussion apprendra sans doute (1).

B. *Fréquence de l'hémorrhagie.*

Nous avons dit que l'hémorrhagie précoce était une complication ordinaire des grandes opérations faites à l'aide de la compression élastique. Nombre de faits prouvent que le mot ordinaire n'est pas une exagération, à Lyon au moins (2). Voici le résumé de la plupart des opérations du dernier semestre (méthode d'Esmarch seulement) :

(1) Parmi les autres mécanismes possibles, citons encore la fêlure, la rupture des vaisseaux athéromateux par le fait de la compression. La rupture vasculaire est attestée par quelques faits d'hémorrhagie, et surtout par l'infiltration sanguine en plaque, signalée aux abords de la plaie par quelques chirurgiens de Paris. Cette infiltration en plaques pourrait expliquer d'autres complications : l'aspect blafard et les gangrènes limitées par exemple

(2) La manière d'appliquer l'appareil ne diffère de celle qu'Esmarch emploie lui-même qu'en ce que l'on remplace ordinairement le tube constricteur par plusieurs tours de la dernière bande maintenue en place.

Digitized by Google

Obs. 1. — Marie B..., 16 ans, salle Saint-Paul, 70. Résection du coude, hémorrhagie deux heures après l'opération, peu abondante mais très-persistante ; au pansement du soir nous établissons de la compression et l'hémorrhagie s'arrête.

Obs. 2. — Rose P..., salle Saint-Paul, 77. Tumeur blanche ; amputation de jambe ; bandage fortement souillé. Nous n'avons pas vu la quantité de sang répandu sur les alèzes.

Obs. 3. — Reine R..., salle Saint-Paul, 79. Anévrysme traumatique de la jambe ; incision de 18 centimètres ; pansement compressif avec l'eau de Pagliari. Les tissus privés de sang depuis longtemps ne présentent aucune tendance à l'hémorrhagie. Suintement insignifiant.

Obs. 4. — Henriette H..., salle Saint-Paul, 51. Sarcome énorme de la jambe ; ablation de la tumeur ; pansement compressif ; suintement notable.

Obs. 5. — Marie D..., salle Saint-Paul, 31. Epithéliome ; amputation de jambe.

Obs. 6. — Jeanne P..., salle Saint-Paul, 16. Tumeur ; amputation de jambe.

Obs. 7. — Pierre C..., salle Saint-Eucher, 12. Écrasement ; amputation sus-condylienne ; hémorrhagie grave ; deux heures après, l'hémorrhagie persistant, nouvelles ligatures. — Ces trois derniers malades ont été opérés par M. Mollière, qui nous a donné quelques détails sur la modification au procédé d'Esmarch qu'il a employée dans ces trois cas. Nous nous proposons d'en reparler plus loin.

Obs. 8. — X..., salle Saint-Eucher, Amputation de jambe ; vers la fin du pansement, nappe de sang. M. Fochier, qui a bien voulu nous communiquer cette observation, établit une compression circulaire. Vers quatre heures on enlève le lien constricteur, mais le sang revient et on doit refaire de la compression.

Obs. 9. — Ursule E..., salle Saint-Paul, 53. Amputation de jambe ; hémorrhagie à quatre heures du soir ; tamponnement à l'eau de Pagliari ; à sept heures, nouvelle hémorrhagie ; ligatures.

Obs. 10. — François M..., salle Saint-Joseph, 22. Trau-

Digitized by Google

matisme; amputation du bras; hémorrhagie abondante.

Obs. 11. — P..., salle Saint-Joseph, 12, avait subi une première amputation à la suite d'arrachement du bras par un engrenage. Le moignon ne pouvant se recouvrir (gangrène de la peau décollée en grande partie), le malade entre à l'Hôtel-Dieu. Désarticulation de l'épaule. Vers neuf heures du soir, malgré de nombreuses ligatures, hémorrhagie en nappe qui nécessite un nouveau pansement compressif vers neuf heures et demie.

Obs. 12. — D..., salle Saint-Louis, 27. Fracture esquilleuse; amputation de jambe; hémorrhagie très-grave au moment où on emportait le malade (à cinq heures du soir); ligatures. Pendant la nuit, nouvelle petite hémorrhagie qui traverse une couche épaisse de coton.

Obs. 13. — P..., salle Saint-Louis, 76. Amputation de jambe; hémorrhagie légère.

Obs. 14 (trois faits). — Salles Saint-Louis et Saint-Joseph. Une amputation et deux évidements; pas d'hémorrhagie ou suintement insignifiant.

Obs. 15. — Salle Saint-Philippe, 29. Amputation du bras; hémorrhagie; compression.

Obs. 16. — Salle Saint-Philippe, 5. Arthrite fongueuse; amputation de cuisse; hémorrhagie très-grave vers cinq heures du soir; mort le lendemain dans la journée.

Obs. 17. — Salle Saint-Philippe, 34. Désarticulation de Choppart; suintement insignifiant.

Obs. 18. — Salle Saint-Philippe, 32. Résection du coude; pas de pansement hémostatique; bandage silicaté. Au bout de deux heures, hémorrhagie très-grave; compression qui semble arrêter le flux sanguin; mais vers quatre heures, après diverses tentatives infructueuses, il faut poser de nouvelles ligatures; anémie profonde; mort le quatrième jour (1).

(1) Le docteur Jullien a eu l'obligeance de nous donner les détails suivants : P..., salle Sainte-Marthe, désarticulation du poignet; sutures nombreuses et compression sans ligatures, hémorrhagie abondante vers la fin du pansement. On enlève les points de suture, on lie les vaisseaux; petite hémorrhagie en nappe quelque temps après.

Digitized by Google

Obs. 19. — Benoît L..., salle Saint-Sacerdos, 28. Résection du coude ; hémorrhagie assez abondante, pansement hémostatique vers trois heures et demie.

Obs. 20. — Salle Saint-Sacerdos (premier service). Amputation de bras ; hémorrhagie persistante.

Obs. 21 (trois cas). Salle Saint-Sacerdos. Trois résections, une seule (du calcanéum) a été suivie d'une perte de sang dont la persistance a nécessité l'enlèvement du premier appareil.

Obs. 22 (deux cas). — Salle Saint-Sacerdos. Deux amputations, dont une de cuisse sans hémorrhagie, l'autre de jambe (J. 90) a déterminé un écoulement sanguin assez prolongé, mais qui s'est arrêté sans aucune intervention.

Obs. 23. — Nous avons réservé pour le dernier un fait qui nous semble significatif. B..., salle Saint-Louis, 38. Ecrasement par un wagon ; amputation des deux cuisses. M. Létiévant a l'heureuse inspiration de pratiquer d'un côté l'Esmarch, de l'autre la compression digitale. Or, du côté ischémisé, opération plus longue à cause des soins apportés aux ligatures ; pansement fait identiquement de même que de l'autre côté, et cependant l'hémorrhagie a été considérable, tandis que l'autre cuisse n'a présenté qu'un suintement insignifiant.

Enfin, un de nos collègues a été témoin, à Montpellier, d'une hémorrhagie persistante, après une opération sur les articulations carpiennes. A ce propos M. le professeur Courty a déclaré que dans son service cette complication, soit immédiate, soit secondaire, était habituelle, et qu'il perdait ensuite le sang qu'il avait cru gagner par l'ischémie.

Résumons ces observations pour en tirer quelques conclusions : Nous avons pu réunir vingt-huit grandes opérations avec compression élastique (quelques faits, en petit nombre cependant, ont pu nous échapper, malgré le soin que nous avons mis à les recueillir, et ce doit être plutôt ceux dans lesquels la complication a fait défaut). Sur vingt-huit cas nous trouvons dix-huit fois perte de sang, et douze fois au moins l'écoulement a nécessité une intervention quelconque.

Digitized by Google

Cette intervention dans presque la moitié des cas, sans compter les hémorrhagies légères qui se rencontrent dans toutes les méthodes, justifie, croyons-nous, le mot ordinaire pour qualifier la complication hémorrhagique.

Nous pouvons encore déduire de notre statistique ce renseignement, que toutes les opérations ne sont pas également suivies d'hémorrhagie. D'abord les amputations nous l'offrent plus souvent que les résections. Puis, parmi les amputations il faut distinguer celles qui ont pour but d'enlever un membre compromis par une arthrite, un néoplasme, de celles qui sont imposées par un traumatisme grave. Malgré la perte de sang antérieure, ou plutôt peut-être à cause de cette perte même (anémie brusque, défibrinisation), ce sont ces dernières qui sont le plus souvent suivies d'hémorrhagies. Ce fait signalé d'une manière générale est peut-être encore plus la règle à la suite de la compression élastique.

Dernièrement, M. D. Mollière a apporté à l'application de l'Esmarch la modification suivante : après avoir comprimé avec soin depuis l'extrémité du membre, M. Mollière arrête la bande au niveau du siége de l'opération, puis il pose une autre bande à quelques centimètres plus haut et termine comme à l'ordinaire. On ménage ainsi un espace plein d'un sang qu'on peut faire sourdre au moment des ligatures. Cela facilite singulièrement la recherche des artérioles et leur distinction d'avec les veines. Peut-être ce moyen favorise-t-il aussi l'oblitération vasculaire par un caillot. Le fait est que sur trois amputations pratiquées de cette manière, deux n'ont présenté aucune complication. C'est donc la proportion inverse de celle que nous exprimions naguère. Et encore la troisième opération, qui a eu une hémorrhagie très-grave, a été faite de nuit, par conséquent un vaisseau important a pu échapper à la ligature.

Notre statistique de Saint-Sacerdos est incomplète ; une partie de nos notes recueillies au moment des opérations ont été égarées. Dans le début les hémorrhagies y ont été aussi nombreuses que partout ailleurs, puisque M. Ollier a signalé à la Société de médecine (mai 1874) la fréquence de cette

Digitized by Google

complication. L'opinion de M. Ollier sur la quantité de sang perdue se rapproche entièrement de celle que le professeur Courty exprimait à l'un de nos collègues. Si depuis quelque temps le nombre des hémorrhagies a sensiblement baissé à la salle Saint-Sacerdos, ces bons résultats doivent être attribués à la quantité de soins que prend M. Ollier, soins d'autant plus minutieux qu'il place les membres opérés sous le bandage ouato-silicaté. On sait que ce pansement favorise la production de l'hémorrhagie.

C. *Gravité de l'hémorrhagie (indications de la méthode).*

Dans les hôpitaux, où la surveillance est attentive, où les soins sont à portée, cette complication n'a pas les conséquences désastreuses qu'elle pourrait entraîner dans la pratique civile et surtout à la campagne. C'est une hémorrhagie *en nappe* qui ne s'annonce ordinairement par aucun phénomène bruyant, et c'est sa persistance plutôt que son intensité qui rend l'intervention nécessaire (1). Aucun fait ne nous a été signalé dans lequel l'hémorrhagie ait, par son intensité même, directement causé la mort. Deux de nos opérés sont morts après avoir présenté des hémorrhagies graves : quoique l'anémie fut profonde, l'issue fatale semble se rattacher au choc opératoire ou à la fièvre de suppuration, encore mieux qu'à l'effusion du sang.

Cependant une hémorrhagie consécutive au pansement est toujours chose fort ennuyeuse. Sans compter la perte de temps, sans compter même l'anémie dans un moment où le malade va avoir besoin de toutes ses forces pour fournir au travail de réparation, on se voit encore dans l'obligation d'enlever le premier appareil, souvent de couper les sutures, de tirailler la plaie. On peut ainsi empêcher la réunion par première intention qu'on espérait dans une bonne partie de la solution de continuité ; par conséquent suppuration plus

(1) A moins qu'il n'y ait, comme dans plusieurs de nos observations, des artérioles assez volumineuses laissant écouler du sang.

Digitized by Google

grave, plus prolongée. En second lieu, il faut compter avec les mouvements du patient, qui n'est plus anesthésié : il est souvent très-difficile d'aller chercher le vaisseau qui saigne, rétracté comme il est au milieu des masses musculaires. Enfin, d'après certaines théories on ouvre la porte aux miasmes apportés des malades voisins dans un moment où les surfaces sans suppuration sont encore douées d'un pouvoir absorbant énergique.

On doit établir, à propos de la gravité de l'hémorrhagie, la même distinction qu'à propos de sa fréquence. Les amputations tiennent encore le premier rang. La multiplicité des artères musculaires, l'étendue de la plaie perpendiculairement à la direction des vaisseaux, la rapidité de l'opération, les exigences du pansement (pas de compression dans la plaie, suture pour réunion immédiate), telles sont les causes qui nous donnent la clé de cette fâcheuse prédominance. Les conditions sont toutes différentes dans les autres grandes opérations (résections, évidements, ablation de tumeurs, etc.). Les incisions peuvent être très-étendues, mais on les pratique suivant l'axe; les muscles sont respectés, l'opération dure plus longtemps, et on peut la faire suivre d'un pansement hémostatique.

Nous trouvons donc le maximum de fréquence réuni au maximum de gravité dans les amputations, c'est-à-dire dans des opérations rapides essentiellement classiques, qui ne laissent presque rien à l'imprévu, dans des opérations en un mot où la compression digitale largement suffisante a toujours donné d'excellents résultats. Avec l'Esmarch une amputation est plus longue, plus laborieuse, soit à cause de l'application, du déroulement de la bande, soit surtout à cause du temps à consacrer aux ligatures. L'expérience semble donc repousser le procédé dans cette classe d'opérations en ce qui concerne la médecine hospitalière tout au moins, si l'on ne veut s'astreindre à une foule de précautions minutieuses (1).

(1) Déjà en mars 1874, c'est-à-dire avec des faits antérieurs à ceux que

Digitized by Google

Nous ne prétendons point faire le procès à l'ischémie, nous reconnaissons au contraire les services immenses qu'elle peut rendre au chirurgien militaire comme au médecin de campagne (1). Nous affirmons son utilité dans les opérations de notre second groupe, parce que la compression digitale devient difficile, imparfaite en raison de la longueur du travail, parce que l'écoulement prolongé du sang cause autant de préjudice au patient que d'incommodité à l'opérateur dans ses recherches. Avec l'ischémie le chirurgien travaille littéralement à sec, il a ses mouvements plus libres : l'aide qui le gênait à la racine du membre peut être fructueusement employé ailleurs ; partant résultats plus prompts, plus certains.

Dans une certaine mesure, les limites de l'intervention chirurgicale semblent même avoir été reculées. C'est ainsi que nous avons vu M. Gayet pouvoir opérer un anévrysme de l'axillaire à travers les nombreux organes de la région (compression élastique sur la sous-clavière), pouvoir conserver une jambe, siége d'un anévrysme diffus énorme. La jambe avait 44 centimètres de tour, cette distension et l'anémie qui en résultait rendaient la gangrène imminente. Déjà il y avait de la crépitation gazeuse. Après l'ischémie, on incise largement, on sort plus d'un litre de caillots, on trouve les muscles disséqués, les os dénudés, le ligament interosseux disparu. L'amputation semblait s'imposer. Comment trouver le vaisseau lésé dans ce fouillis d'organes déplacés ? Comment ensuite faire remplir cette excavation prodigieuse, maintenue ouverte par les os de la jambe ? Une idée surgit à laquelle M. Gayet s'arrête : il pratique la résec-

nous rapportons, M. Gayet tirait d'un mémoire, présenté à la Société de médecine, des conclusions semblables à celles que nous lui avons vu exprimer plus nettement encore depuis, à savoir « que les résultats de l'anémie chirurgicale étaient bien meilleurs dans les opérations de conservation et de recherche que dans les amputations, où on peut fort bien s'en passer. » (*Lyon Médical*, 10 mai 1874.)

(1) Bien entendu qu'on doit alors prendre toutes les précautions sur lesquelles nous allons insister dans l'instant.

Digitized by Google

tion de 14 centimètres du péronée ; grâce à cela, il peut aller à la recherche de l'artère tout à fait sur la paroi postérieure, en lier les deux bouts non sans de grandes difficultés; il peut ensuite rapprocher les parois de l'excavation et favociser la réunion. De l'avis du chirurgien-major, ces deux opérations eussent été impossibles sans la méthode d'Esmarch.

A plus forte raison l'ischémie est-elle applicable à une foule de petites opérations délicates, par exemple, les sutures tendineuses, les ligatures artérielles, les ablations de séquestres, la recherche des corps étrangers. Ces opérations deviennent d'une simplicité merveilleuse quand le sang ne couvre plus les tissus. On ne doit pas se préoccuper de l'hémorrhagie consécutive qui est nulle ou insignifiante. C'est pour cette dernière raison que nous n'avons cru devoir faire figurer dans notre statistique aucune des nombreuses opérations de ce groupe, que nous avons vu mener à bien. Qu'on nous permette une dernière remarque : On a avancé, il y a peu de temps, que la compression élastique produisait de l'anesthésie, pouvait, dans certains cas, remplacer l'éthérisation (1). Distinguons : Certainement si la compression est très-énergique, longtemps maintenue (Lefort, Société de chirurgie), elle finit par amener de l'anesthésie, mais ce n'est qu'au prix de souffrances fort vives. On peut s'en faire une idée en entourant sa main dans une bande élastique.

S'agit-il au contraire d'opérer rapidement, non-seulement la compression n'a pas le temps d'anesthésier le membre, mais l'hyperesthésie, qui précède toujours l'abolition du sentiment, coïncide avec l'opération, exagère les souffrances causées par le couteau ou les explorations ; le tout sans préjudice pour la douleur pénible de la constriction. Ce résultat est en rapport avec celui des expériences physiologiques de Vulpian (2). Nous avons vu l'hyperesthésie durer plus de

(1) Les expériences tentées déjà par Billroth (Dr Marduel, *Lyon Médical*, 18 janvier 1874) n'ont donné aucun résultat pratique. Les tentatives nombreuses de Liégeard n'ont pas eu beaucoup plus de succès.

(2) Vulpian, Académie des sciences, 1855.

Digitized by Google

vingt minutes et nécessiter une éthérisation secondaire. La compression semble donc plutôt une indication de l'anesthésie qu'un succédané de ce moyen.

D. *Moyens de prévenir l'hémorrhagie.*

Si le chirurgien désire employer la méthode d'Esmarch dans les opérations où elle donne les moins bons résultats, une fois prévenu de la fréquence de cette complication, il pourra ordinairement l'éviter par une série de petits moyens que nous allons rapidement indiquer :

1° Faire la ligature de toutes artères décrites en anatomie. Ne donnent-elles pas? ce n'est pas une raison pour croire à une anomalie et s'épargner des recherches ;

2° Attendre assez longtemps après avoir posé les ligatures importantes, avant d'appliquer le pansement. Nous avons vu M. Ollier laisser son malade se réveiller peu à peu, faire quelque opération de courte durée, puis venir voir si l'hémostase était parfaite. La paralysie des vaso-moteurs a, par ce moyen, le temps de se manifester;

3° On peut rendre cette paralysie plus rapide en se servant tout le temps d'éponges chaudes, qu'on maintient ensuite quelques instants appliquées sur la plaie ;

4° Si l'on trouve que ces moyens prennent trop de temps, on pourra se servir de la modification de M. Mollière. Deux fois déjà les résultats en ont été très-satisfaisants ;

5° Toutes les fois que la chose sera sans inconvénients pour les suites, le pansement aux bourdonnets de charpie imprégnés d'eau de Pagliari, puis fortement exprimés, donne une sécurité très-grande ;

6° Les artères médullaires donnent souvent, et quelquefois presque exclusivement, ne pas négliger alors l'amadou perchloruré ou un autre moyen analogue ;

7° Dans tous les cas il sera bon de pratiquer sur le membre une compression légère et méthodiquement appliquée ;

8° Comme des hémorrhagies ont eu lieu même avec toutes les précautions précédentes, on devra faire surveiller attenti-

Digitized by Google

vement le malade pendant les premières heures. Il faut toujours se rappeler que cette hémorrhagie est insidieuse, surtout dans le pansement avec beaucoup de coton ; souvent la perte est déjà considérable lorsqu'on s'en aperçoit.

Auprès d'une malade qui saigne, la conduite ne diffère pas de celle à tenir dans les cas ordinaires. Nous tenons seulement à rappeler que bien des fois, dans des pertes sanguines qui semblaient devoir être rebelles, le simple contact de l'air, de l'eau froide a suffi pour faire tout rentrer dans l'ordre. On ne se pressera donc pas d'enlever les sutures, d'écarter les tissus, à moins qu'on aperçoive un véritable jet artériel.

Nota. — Au dernier moment, nous devons à l'obligeance de M. Fochier la communication d'un ouvrage nouvellement édité (Augier, *De l'anémie artificielle*, Paris), qui nous montre que ce n'est pas à Lyon seulement que l'ischémie se complique d'hémorrhagie. Nous avons donné quelques résultats de Montpellier, la complication a été signalée en Angleterre ; voici pour Paris : sur 24 observations, se trouvent 6 hémorrhagies secondaires, sans compter les pertes de sang au moment où, toutes ligatures faites, on enlève le lien constricteur. Ces proportions semblent s'éloigner beaucoup de celles que notre statistique accuse. Un peu d'analyse va rendre les résultats assez conformes.

Nous voyons un fait où l'Esmarch n'a pas été employé (23), un autre où après avoir appliqué une bande élastique uniquement pour refouler le sang d'un membre à désarticuler, on a fait la compression digitale pendant l'opération (14). Viennent ensuite deux ablations de phalanges pour maux perforants (7 et 8), une amputation du petit orteil (22), une ablation de gomme syphilitique (20), toutes opérations trop légères pour entrer dans la statistique. Restent enfin 4 ou 5 observations (dont trois précisément portent sur des amputations) communiquées en trois lignes par des collègues, simplement au point de vue de la guérison. On ne s'y préoccupe nullement de la perte de sang consécutive dont la présence ou l'absence sont signalées dans les reste des faits.

Digitized by Google

En tout 10 cas au minimum à éliminer. Eh bien ! malgré la proportion d'opérations de notre second groupe, nous trouvons sur 14 opérations 6 hémorrhagies secondaires, plus 3 hémorrhagies immédiates notables, laissant de côté quelques suintements et une infiltration sanguine. Parmi les 6 hémorrhagies secondaires, il en est une qui ne saurait être attribuée à la compression d'Esmarch (à moins qu'on ne fasse intervenir la fêlure de l'artère principale, et sa rupture tardive, ce qui est rien moins que prouvé). Nous ne voulons pas davantage compter comme complication véritable l'hémorrhagie souvent très-abondante survenue dans le dernier temps de l'opération.

Pendant le temps qui s'est écoulé entre la lecture et l'impression de ce mémoire, le docteur Nicaise, agrégé de Paris, a publié un travail sur l'ischémie. Nous avons été très-heureux d'y constater des conclusions presque identiques aux nôtres, au point de vue des applications de la méthode. De plus il insiste particulièrement sur les dangers de l'hémorrhagie consécutive qu'il a souvent observée, et dont on ne tient pas assez compte, dit-il, dans les observations. (*Gazette médicale,* 28 novembre 1874.)

Digitized by Google

LE SOURD-MUET PARLANT

PAR M. LE Dr PERNOT.

Il y a deux méthodes d'éducation des sourds-muets :

L'une *française* (celle des abbés de l'Epée et Sicard), qui leur permet de communiquer leur pensée par geste.

L'autre *étrangère* (suisse, belge et allemande), qui les met en communication d'idées avec leurs semblables par la *voix articulée*.

Je ne veux ici juger de parti pris ni l'une ni l'autre de ces deux méthodes ; je désire seulement les examiner au point de vue pratique, et comparer les résultats que l'on peut obtenir de chacune d'elles.

Il y a deux espèces de sourds-muets : ceux qui, dès la naissance, sont privés de l'ouïe et de la parole ; ceux qui, accidentellement, à la suite d'une affection cérébrale, en ont perdu l'usage.

Quelle qu'en soit la cause, l'effet n'en existe pas moins ; et l'enfant nouveau-né comme celui qui a perdu les deux plus précieuses qualités de l'homme, sont dans la même impuissance lorsqu'il s'agit d'*entendre*, de *comprendre* les idées des autres, d'y *répondre* et d'*exprimer les leurs*.

Au point de vue médical, dira-t-on, cette question est bie restreinte, peu intéressante, par conséquent ; et, du rest elle ne peut être véritablement scientifique.

C'est là, je crois, une grave erreur. Et d'abord, il y a e

Digitized by Google

France environ 30,000 sourds-muets. (Je mets là un point d'interrogation, car combien de familles, en voyant l'impuissance de la science, n'osent pas produire leurs malheureux enfants dans le monde et cherchent à cacher leur pénible infirmité !)

Eh bien ! ces 30,000 malheureux ne sont-ils pas à tous égards dignes du plus vif intérêt ?

Ils sont déshérités de la nature, ils sont faibles, ils souffrent ; n'est-ce pas là autant de titres à notre sollicitude ? Cherchons donc quel est le moyen le plus (j'allais dire rapide, mais je me reprends) le plus certain de diminuer leur infirmité, de les mettre en communication avec le monde ; de leur prouver qu'ils sont des hommes, et enfin, de rendre au pays, sinon des orateurs ou des musiciens, du moins des intelligences qu'il peut mettre à profit, et qui peut-être, un jour, lui feront honneur.

Au point de vue de la science médicale, je crois que la *méthode de l'articulation* peut intéresser vivement les physiologistes par les résultats que l'on peut tirer des vibrations des cordes vocales, et des mouvements du larynx perçus par le toucher.

Les sourds-muets ont un larynx, cet organe est intact ; donc, *ils ont la voix*.

Pour mon compte personnel, je suis charmé de cette pensée d'un de nos confrères d'un pays voisin et sympathique (la Suisse) : « *Il n'y a plus de sourds-muets ; il n'y a que des sourds* (1). »

Oui, j'espère vous démontrer que l'éducation du larynx du sourd-muet est possible, et que la parole de ce pauvre déshérité arrive à un degré de perfection qui vous étonnera.

Je parle, bien entendu, des *sourds-muets*, et non pas des *idiots*, ce qui est bien différent ; je ne sache pas que l'on puisse rendre l'intelligence à qui en est privé !

Et à ce propos, permettez-moi de vous faire de suite une observation :

(1) Dr Olivet. Rapport lu à la Société génevoise d'utilité publique (mars 1870).

Digitized by Google

Les sourds-muets qui ne parlent que par gestes ne peuvent être compris que de ceux qui sont initiés à leur langage (et ils sont peu nombreux dans le monde).

Alors ces pauvres êtres sont tristes, méfiants, ils comprennent leur isolement, et sentent leur infirmité mille fois plus que tout autre.

Tandis que dans le cas des *sourds-muets parlant et lisant sur les lèvres*, combien la scène est différente! Ils sont toujours ardents, curieux de savoir ce qu'on leur dit, et ce que l'on pense; et, lorsqu'ils ont saisi sur les lèvres de leur interlocuteur, *quel qu'il soit,* le sens de sa pensée, quelle joie, quel bonheur rayonnent dans leurs yeux; et avec quelle ardeur ils vous répondent à la question que vous avez posée!

Je n'invente rien, et je vous tracerai plus loin l'observation d'un des sourds-muets qu'il m'a été donné de voir. Je me propose même, si vous le permettez, de vous le présenter ainsi que son professeur, qui aura d'autres sujets à soumettre à votre bienveillant intérêt.

Je vais maintenant essayer de vous exposer en peu de mots la méthode longue, pénible et laborieuse d'éducation des sourds-muets par l'articulation.

Je crois fermement que cette méthode est celle qui SEULE, jusqu'à présent, peut développer d'une façon continue, journalière, l'intelligence des élèves; par cela même qu'elle les met en contact avec les hommes de toute classe et de tout pays, et qu'elle leur ouvre un champ constant d'études nouvelles par les images qu'ils ont sans cesse devant les yeux.

Un enfant ordinaire apprend à parler sans qu'il s'en doute; chaque objet a un nom que tous les jours il entend, il le répète, ce nom, sans en avoir conscience, et il serait bien étonné d'apprendre qu'il existe dans le monde des êtres qui n'ont jamais entendu un son leur rappelant un objet, son usage, sa forme et ses propriétés. Cet infirme a donc besoin de lire sur les lèvres d'un autre que telle consonnance répond à telle idée. C'est là une *suppléance véritable* du sens qui lui manque, l'*ouïe*, par celui qui est chez lui si perfectionné, la *vue*.

Digitized by Google

J'ajoute que, dans la méthode *de l'articulation*, le toucher joue un grand rôle, et qu'il faut bien se garder de négliger.

Cette méthode, je l'ai dit, est longue, laborieuse ; le professeur doit s'armer d'une patience exemplaire et d'une persistance extrême dans son entreprise ; autrement il lui serait impossible de se faire comprendre de ses élèves.

Voici quelle est la méthode (dite d'articulation) employée à l'étranger surtout, et telle qu'il m'a été donné de l'étudier à Lyon chez M. Hugentobler, ancien directeur de l'Institution des sourds-muets à Genève, actuellement à la tête d'un pensionnat de sourds-muets, rue Duhamel.

Et tout d'abord, cette méthode doit être employée *seule ;* il est complètement interdit de recourir à aucun signe quel qu'il soit ; c'est là ce qui la distingue de celle suivie en France, où l'on mélange signes et paroles.

Méthode d'articulation.

C'est généralement à l'âge de *cinq* ans que l'on doit commencer l'éducation du sourd-muet, *un an et demi à deux ans* étant nécessaires aux études que j'appellerai *élémentaires.*

Il est important de ne pas commencer plus tard, l'enfant tomberait alors dans les difficultés que nous éprouvons nous-mêmes à apprendre une langue étrangère pendant nos études ; tandis que pendant notre enfance, sans la moindre peine, une nourrice ou une bonne nous donnent avec leurs soins la connaissance de leur langage. Dès que l'enfant est habitué aux nouvelles figures qui l'environnent, il faut commencer à l'instruire *sous forme de jeux.* Il faut que le précepteur force son attention à se fixer sur lui ; pour cela il lève les mains en l'air, il remplit une vessie d'air et la vide ; il étend les bras, tire la langue, fait mouvoir ses yeux, ouvre et ferme la bouche, etc.... Tout ceci n'a pour but que de captiver l'attention de l'élève sans le fatiguer, et, pour ainsi dire, sans qu'il s'en aperçoive.

Après ces exercices, on commence la première leçon d'*articulation*, et voici comment on procède : Le maître et l'élève

Digitized by Google

se placent tous deux devant un miroir ; là, le maître appelle l'attention de l'élève sur son image, lui fait remarquer quels muscles sont en jeu pour la production de tel son.

Par le *toucher*, il lui fait sentir les mouvements et les vibrations du larynx et de la poitrine, la quantité d'air sortant de la bouche et la manière de l'expulser.

A ce propos, il est très-curieux de voir la façon dont on apprend les premières consonnes, soit, par exemple, les consonnes B et P, T, F, S.

Toujours devant la glace, le maître met sur le dos de la main de l'élève de petits fragments de papier, puis prononçant lui-même, en pinçant les lèvres, les consonnes B et P, il le fait faire à l'élève devant le dos de sa main. Tout d'abord, il rend un son plus ou moins harmonieux ; mais il remarque la façon dont les fragments de papier s'envolent ; et, après un temps très-court, il prononce B, P.

Ce n'est que plus tard qu'on lui enseigne à distinguer le B du P.

Il en est de même pour T, en pressant la langue entre les dents ; S, en l'appliquant contre celles du bas, et serrant les dents ; F, en prenant la lèvre inférieure avec les dents du haut, etc....

Il est impossible de suivre dans l'articulation la même marche avec tous les enfants sourds-muets ; elle change selon la nature et les dispositions particulières de l'individu. Voici à peu près la suite théorique des trente-quatre différents sons du langage articulé et leur représentation orthographique.

---

p	*b*	*t*	*d*	*f*	*v*	*a*	*o*	*ou*	*é*	*i*
		th		ph	w	à	ô	où		î
						â	au	oû		y
							eau	aou		
							aô			

Digitized by Google

g	*c*	*s*	*z*	*m*	*n*	*e*	*r*	*è*	*e*	*u*
gu	cdur	ç	s				rh	ai	eu	û
g allem.	k	c						ay	œ	ü
	q	x						ei	œu	eu
	qu	sc						ê		
	ch									

j *ch*	*oi*	*an*	*on*	*in*	*un*	*ill*	*gn*	*x*	*th*
g (ge)	oi	am	om	im	um	ill		gz	anglais
	ui	en	eon	yn	eim	il		kz	
	oè	em		ym		ieu		cs	*ng*
	oë	ean		ain		yeu		ec	allem.
	oê	aon		aim		ye			
	oy			eain		y			
	oua								
	ouè								

Pour la voyelle A la bouche s'ouvre largement, la langue reste dans sa position ordinaire ; l'élève, touchant le larynx du maître, en apprécie les vibrations ; et, après quelques essais, arrive à la prononcer plus ou moins nettement. Il en est de même de :

o *é* *i* *ou* *ai* *u*.

Avant de chercher à vaincre de plus grandes difficultés, telles que les consonnes *ch*, *s*, *z*, *x*, etc..., il est bon de former des syllabes comme :

Bas	*Faux*	*lit*	*Pot*	*sou*	*dé*	*scie*, etc.
ba	*Fo*	*li*	*po*	—	—	*si*

dont les objets peuvent être présentés, soit en nature, soit en images.

Remarquez combien l'enfant doit être heureux quand il exprime par de *vraies paroles* l'objet qu'il voit sur une gravure.

C'est pour lui un stimulant si réel, qu'il est surprenant de voir avec quelle ardeur il demande si c'est bientôt l'heure de la leçon.

Digitized by Google

Sous ce rapport, et au moment de l'étude, beaucoup de pères et de professeurs voudraient avoir affaire à des sourds-muets ! Le maître ne doit pas oublier que l'enfant n'entend pas; qu'il ne peut comprendre qu'en lisant sur les lèvres de son interlocuteur; il doit donc le placer en face de lui et lui faire remarquer avec une attention soutenue les mouvements des organes de la voix.

Il faut mener de front la lecture sur les lèvres et l'écriture. *Toute phrase lue doit être immédiatement écrite.*

Évidemment tout cela ne s'apprend pas en un jour ; mais, peu à peu l'élève se développe ; et, au bout de quelque temps, on fait suivre aux syllabes prononcées d'autres syllabes, et on forme ainsi des mots de *deux* et *trois* syllabes.

On fait par des images apprécier et comprendre les *couleurs*, les *propriétés*, la *forme* et l'*action* des objets : *Bleu*, *noir*, *petit*, *grand*, *courir*, *marcher*, *rond*, *carré*, etc... A mesure que l'intelligence se développe et que l'élève s'exprime plus aisément, qu'il connaît plus d'objets et d'expressions pour les représenter, on passe à des études plus complètes, savoir : l'emploi du pronom personnel, le présent de l'indicatif, les différents temps du verbe, l'arithmétique, etc...

Puis enfin, chaque élève devra écrire, le soir, le compte-rendu de sa journée, afin d'exercer sa mémoire et de la forcer à suivre une idée.

Enfin, on arrive généralement au commencement de la *cinquième année à se servir des manuels ordinaires destinés aux enfants entendant et parlant âgés de* 8 *à* 10 *ans.*

Permettez-moi de vous exposer un dernier argument en faveur de la méthode que je viens d'étudier.

C'est que, tandis que par la *méthode des signes* le sourd-muet termine à l'école son instruction, par la méthode de l'*articulation*, au contraire, il apprend tous les jours, par son commerce continuel avec les hommes qu'il comprend et dont il peut se faire entendre.

J'allais rapporter ici l'observation du petit sourd-muet dont j'ai parlé plus haut, lorsque M. le docteur K..., notre confrère

Digitized by Google

d'Alsace et père de l'enfant, m'adresse lui-même à ce propos l'exposition des faits que je vous demande la permission de vous soumettre tels que je les ai reçus :

Maurice K..., d'une constitution robuste, a toujours joui d'une excellente santé : aucuns accidents cérébraux ou autres pendant la première dentition, ni plus tard ; aucune maladie enfin, sauf une légère varicelle à cinq ans. L'hérédité tuberculeuse du côté de la grand'mère maternelle ne paraissait pas l'influencer.

Agé d'environ sept ans, il est pris subitement, dans la matinée du 3 mars 1871, d'une céphalalgie modérément intense, demande à se coucher, et reste pendant près de quarante-huit heures dans un état stationnaire, se tenant tranquille au lit, se plaignant de la tête quand on l'interroge, et reportant le principal siége de la douleur aux environs de l'oreille gauche ; pouls aux environs de 100 ; température, 39°-39°,5 ; inappétence, peu de soif, pas de selles ; du reste, aucun indice de localisation vers les méninges, ni vomissements, ni convulsions, etc., etc. ; on pense à la scarlatine qui règne dans le moment ; on n'avait encore remarqué aucune surdité.

Le 5 au matin, la scène change. Avec persistance de la céphalalgie, il y a un commencement de rétractation des muscles de la nuque. Un purgatif au séné est vomi ; l'enfant est un peu hébété quand on lui parle, ce que l'on attribue d'abord à de la stupeur ; mais, dès dix heures du matin, on a acquis la conviction qu'il est parfaitement sourd. Du reste, la fièvre n'a pas augmenté ; l'intelligence est parfaitement nette, les vomissements ne se reproduisent pas, la contracture à la nuque seule fait des progrès rapides.

Nous avions, dès lors, évidemment affaire à un cas type de méningite cérébro-spinale épidémique, qui a régné à cette époque dans notre région, dont j'ai observé moi-même cinq cas, et dont on a relevé une centaine dans la ville de Bâle, pendant le printemps 1871.

Un traitement énergique (mercuriaux intus et extra, sangsues aux mastoïdes, affusion froide, glace, vésicatoire sur tout le crâne) a suffi pour abattre complètement la fièvre

Digitized by Google

dans la journée, et arrêter tout progrès du mal. Un peu de subdélirium s'est montré encore dans la nuit et le lendemain, attribuable, peut-être, à l'anémie provoquée par les sangsues. Puis, dès le 6 et le 7, soit le quatrième jour, l'enfant peut être considéré comme convalescent. La contracture à la nuque ne disparaît que lentement ; la constipation est aussi très-opiniâtre. Vers le 15 mars, 10-12e jour de la maladie, survient un accès assez violent de fièvre diurne qui se répète quatre fois avec le type tierce et avec la plus grande régularité, sans amener, du reste, de nouveaux symptômes cérébraux. Ces phénomènes intermittents sont enfin enrayés par de hautes doses de quinine. J'ajoute que notre climat n'a rien de paludéen, et que ces intermittences ont été observées dans diverses épidémies de méningite, qui sont assez fréquentes outre-Rhin.

L'enfant ne fut guère en état de marcher avant cinq à six semaines, et on constate alors l'existence d'une ataxie qui persiste anjourd'hui, quoique moins marquée par suite de l'habitude.

Quant à la surdité qui restait avec l'ataxie comme résidu de la maladie, elle était, dès l'abord, absolument complète et l'est restée depuis. De fortes doses d'iodure de potassium continuées pendant des semaines, en vue d'un exsudat à résorber, n'y ont rien changé.

Au mois de mai 1871, l'enfant a été présenté à Frœlsch, de Würzbourg, qui a, dès l'abord, déclaré la surdité incurable, et a conseillé de prendre, sans tarder, un professeur de sourds-muets pour entretenir la parole.

Le mois de juin a été consacré à un traitement galvanique, qui est resté sans effet, de même que de nouveaux essais faits l'été suivant. Il est assez remarquable que l'interruption du courant galvanique s'accompagnait, chaque fois, d'une sensation auditive que le patient comparait au croassement du corbeau.

J'ajouterai que Frœlsch compte ces cas parmi les plus fréquents chez les sourds qui le consultent ; et j'ai trouvé, à l'institution de Würzbourg, vingt sourds-muets qui l'étaient

Digitized by Google

devenus par méningite cérébro-spinale, maladie qui a reçu, en Allemagne, un nom populaire : crampe de la nuque, prouvant assez sa fréquence.

Maurice K... fut confié le 1er août 1871 à M. Hugentobler. Avant sa maladie, il avait suivi l'école enfantine de sa ville natale ; cependant il ne savait ni lire ni écrire à son arrivée à Genève. Par ce fait, et en l'absence complète des gestes naturels, il a été assez difficile au début d'établir les premières voies de communication intellectuelle. Depuis lors, il a fait de bien grands progrès en français, en allemand, en mathématiques, en histoire et en géographie, voire même en histoire naturelle. Vous en jugerez vous-mêmes, puisque vous nous permettez de vous le présenter. Je veux encore vous rapporter un fait qui prouve son intelligence et la coordination de ses idées.

J'arrive à l'institution, le petit Maurice K... vient me saluer, et je lui dis avec les précautions que j'ai indiquées plus haut :

« Je vous ai rencontré aujourd'hui dans la rue avec un petit garçon ; quel était-il ? » Il me répond, après un instant de réflexion :

« Ah ! c'est le petit X..., il demeure rue de la Charité, n° x, au troisième étage. »

J'avais été *compris* (j'allais dire *entendu*) ; ma pensée avait été interprétée, le cerveau impressionné ; et, la réflexion venue, Maurice K... a été tout heureux de me faire savoir (et alors par de *vraies paroles*) qu'il avait un petit ami, qu'il s'appelait X..., qu'il demeurait à tel endroit ; et, sur un geste de doute de ma part, il ajoutait avec affirmation : « *Mais puisque j'y suis allé* ? »

A côté de cela, on pourrait tirer un coup de pistolet à son oreille qu'il en sentirait la vibration, mais ne l'entendrait pas.

Est-ce là un idiot ? Est-ce là un perroquet humain comme le prétend M. Maxime du Camp (1) ? Assurément non, n'est-ce pas ?

(1) *Revue des Deux Mondes*, 1873.

Digitized by Google

Dans tous les cas, je ne saurais trop vous prier d'accorder à M. Hugentobler votre précieuse protection. Il la mérite à plus d'un titre, par son talent et sa patience d'une part, et aussi par la véritable joie qu'il éprouve à consacrer sa vie à ces pauvres enfants.

Je termine là ces quelques pages que vous avez bien voulu écouter avec tant de bienveillance ; puissent-elles porter leur fruit et servir à soulager quelques-uns de ces déshérités de la nature, qui sont pour leur famille un si constant objet de sollicitude et de chagrin !...

Digitized by Google

DEUXIÈME PARTIE.

COMPTES-RENDUS

Digitized by Google

Digitized by Google

COMPTES-RENDUS

DEUX CAS D'ANUS CONTRE NATURE ; GUÉRISON ;

Par M. le docteur A. FOCHIER.

Ces deux faits ayant présenté des particularités intéressantes au point de vue clinique, et offrant d'ailleurs, par leur rapprochement, un argument sérieux en faveur d'une pratique discutée de la médecine opératoire des hernies étranglées, il m'a paru opportun de les publier, en ne mettant en relief que les points les plus importants.

OBSERVATION I. — Royer (Pierrette), 72 ans, demeurant rue Lebrun, à la Croix-Rousse, est apportée dans mon serivce le 22 février 1873. Les symptômes d'étranglement étaient si peu accusés qu'ils n'attirèrent pas l'attention de l'interne et que je fus appelé à la visiter seulement le 24 au matin. L'absence de selles et de gaz rendus par l'anus depuis cinq jours, les vomisssements rares au début, mais devenus plus fréquents, la petitesse de la hernie crurale qui siégeait à gauche, imposaient la nécessité d'une opération sans taxis préalable. En effet, l'incision du sac une fois faite, je trouve une petite anse intestinale rouge noir, et portant deux plaques couleur feuille morte, manifestement gangrenées. L'anse est ouverte ; *en exerçant un effort assez considérable, je fais pénétrer mon petit doigt dans le bout intestinal qui se trouvait en arrière et un peu en dehors.* C'était, comme d'habitude, le bout supérieur, et, cette dilatation faite, les matières fécales commencèrent à s'écouler.

Des phénomènes d'adynamie se montrèrent dans les premiers jours, malgré l'alimentation commencée sitôt après l'opération (vin, bouillon, lait, viande crue); mais à aucun moment il n'y eut la moindre trace de péritonite. D'autres accidents furent provoqués par les excoriations dues au

Digitized by Google

contact des matières fécales, et amendées par le soin que l'on mit à préserver la peau à l'aide de compresses largement enduites de cérat. Au bout de trois semaines on essaya d'obturer l'ouverture à l'aide de différents moyens dont le meilleur me parut être une plaque de gutta-percha appliquée, alors qu'après ramollissement préalable, elle était encore incomplètement durcie et maintenue d'abord par un spica compressif, puis par un brazer. Toutes les fois que l'obturation était exactement faite, les coliques, le ballonnement et les vomissements reparaissaient, mais aucune matière ne passait par le bout inférieur. Des tentatives faites pour repousser l'éperon à l'aide d'un petit appareil en V, dont une branche s'engageait dans le bout supérieur, l'autre dans l'inférieur, furent infructueuses, et ce fut seulement au commencement de juin que je fis la section de l'éperon à l'aide de l'entérotome de Dupuytren.

L'orifice de l'anus contre nature étant étroit, l'application se fit avec quelques difficultés, et amena de la gêne dans l'écoulement des matières pendant quelques jours, mais aucune menace de péritonite. L'instrument tomba le neuvième jour. Dès le lendemain il y eut une selle à la suite d'un lavement, et depuis lors les matières commencèrent à passer régulièrement par le bout inférieur. L'obturation de l'orifice à l'aide de la plaque en gutta-percha fut reprise seulement trois semaines après l'entérotomie. On ne put constater, malgré ces moyens, aucune tendance à la formation de l'entonnoir membraneux. La muqueuse intestinale affectait toujours sur le bord de l'orifice anormal les mêmes rapports de continuité et présentait la même apparence que la muqueuse buccale au niveau des lèvres. Cela tenait-il à ce que le sac s'était gangrené dans les premiers jours qui suivirent l'opération? C'est probable. Dans tous les cas, par suite de ce fait, l'orifice anormal n'avait aucune tendance à se fermer, malgré son diamètre restreint et le peu de tendance que les matières avaient à s'y engager, puisqu'au bout de peu de temps les matières fécales suintaient en très minime proportion seulement lorsque la malade se levait sans son bandage. Il fallut des cautérisations répétées au nitrate d'argent et même au fer rouge pour amener l'occlusion de cette fistule à parois muqueuses, occlusion qui ne fut complète que le 22 janvier 1874. Depuis longtemps la malade aurait pu, avec un bandage, reprendre la vie active, si son âge et son indigence n'avaient été des raisons suffisantes pour prolonger son séjour à l'hôpital.

Observation II. — Perrin (Pierrette), âgée de 58 ans, demeurant rue de la Pyramide, à Vaise, est apportée dans mon service le 16 mai 1873. En mon absence, mon collègue, M. Daniel Mollière, fut appelé vu l'urgence d'une intervention. Il trouva en effet la malade dans l'état suivant : Depuis douze ans elle était atteinte d'une hernie crurale droite qu'elle maintenait à l'aide d'un bandage ; mais quatre jours auparavant la hernie était sortie sous le bandage et n'avait plus pu être réduite. Coliques et vomis-

Digitized by Google

sements fécaloïdes, pas de selles ni de gaz par l'anus, étranglement indéniable; mais, de plus, ballonnement considérable, douleur vive à la pression dans une assez grande étendue au-dessus de la hernie, fièvre en même temps, et par conséquent péritonite. La hernie avait le volume d'une grosse noix.

A l'ouverture du sac, M. Mollière le trouve occupé par une anse intestinale dont la vitalité lui paraît douteuse; pour dissiper ces doutes, *il débride largement le collet et l'anneau*, attire un peu l'anse intestinale au dehors et la recouvre de compresse imbibée d'eau tiède. Au bout d'un quart d'heure, comme la vascularisation de l'intestin ne se rétablissait pas, *il fixe l'anse intestinale à la peau par six points de suture* métallique et l'ouvre entre les points de suture. Le cours des matières se rétablit. Opium, onctions mercurielles, cataplasmes.

Les jours suivants, j'assiste à l'extension de la péritonite, le météorisme augmente encore, les vomissements persistent, ce n'est qu'au bout de six jours que les accidents inflammatoires s'apaisent et qu'on a à faire face à un autre danger, l'adynamie par défaut d'absorption, car toutes les matières ingérées sont versées au dehors par l'anus contre nature, et dans un état qui démontre que cette ouverture est beaucoup plus voisine de l'estomac que dans l'observation précédente. La muqueuse intestinale procide de plus en plus à travers la plaie, formant une saillie qui dépasse le niveau de la peau de 4 à 5 centimètres. Mêmes accidents d'exulcération que dans l'observation précédente; l'indocilité extrême de la malade ne permet pas d'essayer l'obturation à l'aide d'un bandage. L'entérotomie est faite à la fin de juin et provoque quelques accidents de péritonite légers, si on les compare à ceux de la première opération. La moitié des matières passe alors par le bout inférieur, l'autre moitié s'engage par le large orifice béant dans l'aine. On parvient à faire supporter l'obturation pendant quelques jours à la malade, l'état de la peau avoisinante s'améliore, et, vers le milieu de septembre, j'entreprends une autoplastie pour boucher l'anus anormal.

L'orifice à obturer présente, lorsqu'on y engage le doigt, 4 centimètres environ de diamètre. Par cette large ouverture la muqueuse intestinale prolabe et fait une saillie variable allant quelquefois jusqu'à 4 centimètres. L'opération consiste à disséquer cette muqueuse en prolapsus, de façon à avoir un cylindre avivé sur sa face externe, que je retourne en doigt de gant et dont je maintiens adossées les surfaces cruentées par cinq points de suture séparés faits avec du fil capillaire, par le procédé de Jobert. Ce temps de l'opération, délicat par lui même, fut rendu difficile par les vomissements continuels de la malade qui supportait très-mal l'éther, et par l'écoulement de sang dû à la vascularisation excessive de la portion d'intestin en prolapsus. Puis je détache la peau, très-épaissie par l'inflammation chronique, dans une étendue de cinq centimètres autour de l'orifice de l'anus; deux incisions longitudinales faites aux limites du décollement

Digitized by Google

donnent deux lambeaux en pont que j'adosse par une suture enchevillée au-dessus de la suture intestinale. Malgré la glace et l'attente, l'intestin continue à saigner, j'exprime autant que possible le sang accumulé au-dessus des lambeaux cutanés et je panse en comprimant assez fortement pour arrêter l'hémorrhagie et empêcher les dangereux effets des vomissements, qui continuent jusqu'au soir.

La suture de la peau ne prend pas et lorsqu'on l'enlève les lambeaux adossés sont bien vite séparés. Quant à la suture intestinale elle tient sur toute l'étendue. Il s'établit une petite fistulette au niveau d'un des points de suture fistuleuse qui se ferme et se rouvre plusieurs fois donnant passage à des gaz, pendant que s'effectue la cicatrisation superficielle par voie de bourgeonnement. La cicatrisation est complète depuis un mois, et la fistule ne s'est pas ouverte depuis la même époque, lorsque la malade est perdue de vue, 17 janvier 1874. Je ne me préoccupai pas des points de suture intestinale faits avec du fil de fer capillaire et dont un seul sectionna l'intestin d'une façon fâcheuse, et pour maintenir le pansement et comprimer en évitant les mouvements, je me servis d'un sac rempli de sable pendant dix jours.

Remarques. — Dans les cas où on est obligé d'établir un anus contre nature et où le cours des matières ne se rétablit pas spontanément, une fois l'anse gangrenée ouverte, on a déjà donné le conseil de substituer la dilatation simple ou forcée au débridement ordinaire ou effectué à la manière d'Arnaud, c'est-à-dire en introduisant le bistouri dans l'intérieur de l'intestin.

M. Gosselin se fonde pour donner ce conseil sur ce fait que, avec le débridement ordinaire on a à craindre « que la paroi désorganisée de l'intestin se déchire au niveau ou au-dessus du point où porte le débridement et qu'ainsi les matières intestinales trouvent un accès facile dans le ventre. » La comparaison des deux observations précédentes vient apporter un argument, tiré de considérations d'un autre ordre, en faveur de la pratique préconisée par M. Gosselin. La conduite très-rationnelle de M. Mollière, indiquée dans le second cas par les doutes que l'on pouvait avoir sur la gangrène de l'intestin, donne à ces deux faits la valeur d'expériences comparatives sur les inconvénients du débridement au point de vue des suites d'un anus contre nature établi après la kélotomie. Combien différentes en effet, ces suites ont-elles été dans les deux

Digitized by Google

cas ? Dans le premier, étroitesse de l'orifice anormal, pas de prolapsus intestinal, transformation en simple fistule stercorale aussitôt la section de l'éperon effectuée. Dans le second, largeur de l'orifice, prolapsus, nécessité d'une opération autoplastique, compliquée, et toujours incertaine dans ses résultats. La comparaison est évidemment toute à l'avantage du procédé employé dans la première observation, et c'est là l'intérêt principal qu'elles m'ont paru présenter.

Notons en outre, la rareté de ces guérisons d'anus contre nature établis dans un milieu hospitalier ; l'âge de notre première malade (72 ans) ; l'absence complète chez elle de réaction du côté du péritoine, coïncidant avec des signes peu accusés d'étranglement, les avantages sérieux pour l'obturation d'une plaque de gutta-percha à demi ramollie, appliquée immédiatement sur la peau au-dessous d'un bandage compressif, le succès de la suture intestinale chez notre seconde malade, malgré l'insuccès complet de la suture cutanée. Ce succès est dû sans doute à la longueur du cylindre disséqué, 4 à 5 centimètres, et ce qui nous a permis de lui donner cette longueur sans craindre d'ouvrir le péritoine, c'est le souvenir de la suture de l'intestin à la peau au moment de l'établissement de l'anus contre nature.

DISCUSSION.

M. D. Mollière. Je suis tout à fait de l'avis de M. Fochier et si, dans le cas dont il s'agit, je n'ai pas suivi la même conduite, c'est que des circonstances particulières à ce fait m'ont imposé une manière différente d'agir. La hernie était ancienne, les accidents d'étranglement peu marqués, la gangrène de l'intestin peu probable, et de fait l'ouverture du sac ne peut lever tous mes doutes au sujet de l'état de l'intestin, qui ne présentait que quelques taches jaunâtres, taches qui ne constituent point un signe certain de gangrène et que l'on voit assez souvent se vasculariser après la levée de l'étranglement.

En présence de ces signes douteux de gangrène, il n'y avait que deux partis à prendre : renonçant à toutes chances de réduction, ouvrir l'intestin afin d'établir l'anus contre nature dans les conditions les plus favorables, ou bien chercher à s'assurer de la vitalité de l'intestin, quitte à établir plus tard l'anus contre nature si la démonstration de la gangrène devenait évidente. Je ne crus pas devoir recourir d'emblée à cette extrémité sans avoir épuisé toutes les chances de réduction, je débridai,

Digitized by Google

j'attirai l'intestin au dehors, et après l'avoir recouvert de linges humides et chauds j'attendis. Ce n'est que lorsqu'il me fut bien démontré que les plaques jaunâtres ne se vascularisaient point que je me décidai à ouvrir l'intestin. J'aurais pu l'attirer au dehors sans débrider, mais je crois qu'il n'était pas prudent de le tirailler, une rupture étant à craindre. Le sac étant excessivement mince et peu résistant, je dus fixer l'intestin à la peau par quelques points de suture, de manière à éviter sa rentrée.

La conduite suivie par M. Fochier est sans contredit celle qui place les anus contre nature dans les meilleures conditions pour une guérison future; mais elle n'est pas toujours à l'abri de tout accident immédiat. Si des adhérences solides ne se sont pas encore formées, il peut se faire que l'intestin rentre brusquement dans l'abdomen, sous les yeux du chirurgien. J'ai été témoin d'un accident de ce genre à l'Hôtel-Dieu. Plusieurs jours même après l'opération, ces adhérences ne sont pas encore solidement établies. Ainsi, dans un cas d'anus contre nature, établi depuis une quinzaine de jours, j'ai vu les adhérences se rompre et l'intestin rentrer dans l'abdomen. Enfin les accidents ne sont pas toujours tous conjurés par la simple ouverture de l'intestin sans débridement, il y a des cas où l'étranglement persiste et où le cours des matières ne se rétablit pas.

Autant de hernies, autant, on peut le dire, de cas particuliers et d'indications différentes. Si la gangrène est évidente, s'il y a un véritable abcès stercoral, la conduite est toute tracée, il n'y a qu'à ouvrir l'abcès et à abandonner à la nature l'élimination des eschares; mais lorsque la gangrène est douteuse, le chirurgien est bien plus embarrassé. S'il ouvre simplement l'intestin, il établit l'anus contre nature dans les conditions les plus favorables, mais il enlève au malade les dernières chances d'une réduction; s'il débride pour s'assurer de l'état de l'intestin, il évitera peut-être à son malade les dangers d'un anus contre nature, mais s'il est obligé de recourir à cette fâcheuse extrémité, les chances d'une guérison définitive auront bien diminué. Toutefois, dans le cas de gangrène douteuse, c'est cette dernière ligne de conduite que je suivrai.

M. Fochier. Le fait dont a parlé M. Mollière au sujet du peu de solidité des adhérences prouve qu'il ne faut toucher à l'éperon que le plus tard possible et tout au moins jamais avant une quinzaine de jours.

M. Dupuy. J'ai vu deux cas d'anus contre nature artificiels spontanés; dans les deux cas la gangrène était complète, il n'y eut pas de débridement ni d'intervention, si ce n'est une incision de la peau dans le second cas. Le premier est mort à l'Hôtel-Dieu quinze jours après.

Quant au second cas, je lui pratiquai l'entérotomie, et les résultats immédiats furent excellents, mais peu à peu les matières reprirent le chemin de l'anus contre nature, malgré un obturateur de gutta-percha.

Une opération d'autoplastie n'amena qu'un léger rétrécissement de l'anus artificiel. Cette malade, que je perdis de vue, finit par guérir spon-

Digitized by Google

tanément au bout d'une dizaine d'années. Ce sont les deux seuls cas d'anus contre nature que j'aie eu l'occasion d'observer à la campagne, où l'intervention chirurgicale est rare et le taxis généralement pratiqué comme unique mode de traitement des hernies étranglées.

M. D. Mollière. Il est difficile de se rendre compte du nombre des malades qui échappent à la mort par l'établissement spontané d'un anus artificiel, car il y en a probablement beaucoup qui meurent avant l'ouverture de la peau et chez lesquels le diagnostic de hernie étranglée n'a pas été porté. J'ai été témoin de deux cas de ce genre, la mort survint au moment où la hernie allait s'ouvrir à l'intérieur. C'est ainsi que les choses se passent probablement à la campagne, et ceux qui guérissent par établissement d'un anus contre nature ne constituent sans doute qu'une infime minorité.

M. Laroyenne. Il n'est pas douteux qu'un grand nombre de malades, porteurs de hernies étranglées, ne succombent à la péritonite avant que la gangrène de l'intestin et de la peau n'ait livré passage aux matières.

BRONCHITE PSEUDO-MEMBRANEUSE ;

Par M. Lemoine, interne des hôpitaux.

M. Lemoine présente le larynx, la trachée et les bronches d'une femme qui a succombé à une bronchite pseudo-membraneuse quelques jours après son accouchement.

DISCUSSION.

M. Fochier. Cette femme présentait tous les signes de l'asphyxie : pâle, pas de congestion de la face, murmure respiratoire très-obscur, voix éteinte, dyspnée relativement peu intense. On ne trouva pas de fausses membranes ni dans le pharynx ni dans les fosses nasales, aussi la diphthérie ne fut pas soupçonnée, mais comme il y avait un peu de tirage, et qu'en somme il y avait un obstacle évident au larynx, la trachéotomie fut pratiquée, les préceptes récemment donnés par M. Laroyenne sur le procédé opératoire furent suivis et le malade ne perdit pas plus d'une cuillerée de sang. Il n'y eut qu'un soulagement relatif, le murmure respiratoire ne se rétablit que très-incomplètement, ce qui s'explique par la pénétration de fausses membranes jusque dans les petites bronches, mais le tirage disparut.

M. Soulier L'albuminurie qu'a présentée la malade aurait peut-être dû mettre sur la voie du diagnostic.

Digitized by Google

Quant au pronostic, l'importance de l'albuminurie me paraît avoir été exagérée surtout par M. Bouchut. On la regarde généralement comme une preuve de la nature infectieuse et maligne de la diphthérie; dans le cas dont il s'agit on n'a trouvé aucun des signes de la diphthérie maligne, ni adénites sous-maxillaires, ni état typhique, ni cet aspect du sang particulier aux maladies infectieuses, la malade est morte par asphyxie et non par infection, cependant il y avait albuminurie.

M. Saint-Cyr demande si la malade n'aurait pas été contagionnée par son enfant, mort quelques jours avant elle. Le tirage est-il considéré par les chirurgiens comme le signe pathognomonique d'un obstacle au larynx? M. Saint-Cyr a vu se produire chez les chevaux et les chiens, atteints de pleurésie avec épanchement, un ensemble de phénomènes pouvant être comparés au tirage chez l'homme, tels sont l'affaissement des flancs pendant l'inspiration et leur gonflement pendant l'expiration. Le tirage ne lui paraît donc pas devoir être regardé comme caractéristique d'une lésion du larynx.

M. Laure rappelle qu'il a présenté, il y a deux ans, des fausses membranes rejetées par un homme atteint d'une bronchite chronique croupale. Cet homme n'était pas albuminurique. M. Laure regarde l'albuminurie comme un symptôme de la diphthérie, il croit que dans le cas qui vient d'être présenté il s'agit de la diphthérie vraie, et que la mère a été contagionnée par son enfant.

M. D. Mollière. M. Triponel décrit dans sa thèse une bronchite plastique complètement assimilable à celle du malade de M. Laure.

L'affection survient exclusivement chez les adultes ; elle est caractérisée par une marche chronique et le rejet d'abondantes fausses membranes, elle cause la mort par asphyxie et n'est pas contagieuse; elle serait donc différente de la diphthérie. Contrairement à ce que l'on observe dans nos contrées, cette bronchite serait fréquente en Alsace.

M. Français. Les Allemands n'attachent pas la même signification que nous aux mots croup et diphthérie. Il importe de ne pas faire de confusion. J'ai, en ce moment, dans mon service, une malade atteinte de bronchite plastique, bronchite croupale des Allemands, qu'il faut bien différencier de la bronchite diphthéritique de la malade en question.

M. Meynet. La bronchite pseudo-membraneuse n'est pas aussi rare à Lyon que le croit M. Mollière; j'en ai actuellement un cas dans mon service, chez une vieille femme, qui rejette de temps en temps de fausses membranes. Il ne s'agit pas là de diphthérie.

M. Soulier. On ne connaît pas la nature de l'affection à laquelle a succombé l'enfant, par conséquent on ne peut savoir si la mère a été contagionnée par lui.

M. Fochier. Le tirage est un symptôme de premier ordre pour le chirurgien, mais ce n'est pas un signe univoque. On peut le rencontrer aussi

Digitized by Google

dans les affections de la plèvre et du poumon, aussi dans les cas cités par M. de Saint-Cyr; il est produit par la paralysie du diaphragme. En l'absence des affections de la plèvre et du poumon, le tirage joint à la raucité de la voix et autres symptômes des affections laryngées, est un des signes les plus importants d'un obstacle au larynx et de l'opportunité d'une intervention chirurgicale.

M. D. Mollière. Le tirage s'explique facilement par le mécanisme de l'inspiration, dont les mouvements tendent à faire le vide dans la cavité thoracique. Plus l'air éprouve de difficultés pour y pénétrer, plus la pression intérieure diminue, plus par conséquent la pression atmosphérique s'exerce avec force et tend à refouler dans la poitrine les parties périphériques.

M. Soulier. L'absence de creux épisgatrique et le peu d'intensité du tirage sont ici dus à la pénétration des fausses membranes dans les petites bronches. Ces phénomènes eussent été beaucoup plus marqués dans le cas d'un obstacle limité au larynx. Peut être l'intensité moindre de la dyspnée est-elle due au défaut d'excitabilité des bronches tapissées par les fausses membranes.

M. D. Mollière. Il faut tenir compte aussi des modifications apportées dans les gaz du sang par l'obstacle aux échanges respiratoires.

M. Icard. Deux cas seulement de bronchite pseudo-membraneuse ont été présentés à la Société, l'un par M. Laure, l'autre par M. Coutagne. Les deux malades sont morts.

L'examen micrographique des fausses membanes a été fait par M. Tripier qui n'a pu trouver aucune différence entre les fausses membranes de ces bronchites et celles de la diphthérie proprement dite. En Allemagne on a vainement cherché à les différencier par leur structure et des tentatives d'inoculation ont été faites pour élucider la question. L'identité de structure des fausses membranes n'implique donc pas l'identité de nature.

ANÉVRYSME DU CŒUR;

Par M. le docteur Perroud.

M. Perroud présente un anévrysme du cœur recueilli à l'autopsie d'une vieille femme morte dans son service à la Charité, et dont voici l'histoire :

Obs. I. — La femme X..., âgée de 78 ans, est admise à l'infirmerie des vieilles dans le courant du mois de novembre

Digitized by Google

1873, pour des accidents pulmonaires compliqués d'anasarque dont elle souffre depuis quelque temps. Elle est très-oppressée, surtout la nuit et à cette oppression se joint un peu de toux avec expectoration muqueuse, jaunâtre et aérée. Dans les deux poumons on constate des râles muqueux et sibilants, de la diminution du murmure vésiculaire et de l'expiration sibilante et prolongée. La sonorité est un peu exagérée aux deux bases.

Les battements cardiaques sont un peu irréguliers ; le choc est difficile à percevoir ; les bruits sont peu intenses, mais sans souffle. Le pouls est petit et un peu irrégulier. La surcharge graisseuse de la malade ainsi que l'anasarque empêche d'apercevoir les mouvements du cœur à travers la paroi thoracique ou vers le creux épigastrique.

Pâleur habituelle des téguments et forte suffusion séreuse occupant les quatre membres, le tronc et même un peu la face.

Cet état s'aggrava peu à peu : la malade paraissait devoir vivre cependant quelques mois encore, quand le 26 janvier 1874, on la trouva morte le matin dans son lit. Ses voisines ne s'étaient pas aperçues de sa mort. Elle n'avait pas eu d'agonie.

Autopsie. — Le cœur a à peu près son volume normal, mais il est déformé par la présence d'une saillie arrondie, de la largeur de 4 ou 5 centimètres qui proémine un peu sur la face antérieure du ventricule gauche vers la pointe. De fortes adhérences fibreuses attachent à ce niveau le cœur au péricarde, qui adhère lui-même par la face antérieure à la paroi thoracique.

Une dissection attentive démontre que la tuméfaction précédente est due à une poche arrondie assez grande pour contenir une pomme d'apis et qui a été creusée dans l'épaisseur de la paroi musculaire du ventricule gauche vers son point de jonction avec la cloison interventriculaire, de manière à empiéter à la fois sur ces deux parois musculaires. A ce niveau, le muscle paraît à l'œil nu avoir presque complètement disparu et la paroi de la poche a l'aspect d'une mem-

Digitized by Google

brane fibreuse de deux millimètres environ d'épaisseur, formée par l'adossement de l'endocarde et du péricarde épaissis et par une dégénérescence fibreuse de ce qui peut rester du tissu musculaire. La poche dont nous parlons contient un caillot fibrineux ancien, disposé par couches concentriques, remplissant toute la cavité et la partie inférieure du ventricule gauche.

Les orifices sont sains, les valvules aussi. Quelques plaques athéromateuses sur l'aorte.

Une certaine quantité de sérosité citrine évidemment de formation récente se remarque dans la plèvre gauche.

Les poumons sont emphysémateux. La base du droit est engouée et crépite peu, celle du poumon gauche présente un peu de collapsus. Pas d'embolie pulmonaire.

Foie muscade. Reins congestionnés. Pas d'embolies viscérales.

Le cerveau n'a pas été examiné.

Obs. II. — M. Perroud présente une pièce qui a la plus grande analogie avec la précédente ; il s'agit aussi d'un anévrysme du cœur recueilli chez un vieillard à la Charité.

Le cœur de cet homme présente une hypertrophie très-marquée du ventricule gauche, et à la pointe de ce ventricule, dans l'étendue d'une pièce de cinq francs environ, le tissu musculaire a disparu presque complètement pour faire place à une paroi fibreuse, de deux millimètres environ d'épaisseur et recouverte en dedans par l'endocarde un peu épaissi et en dehors, par le péricarde qui paraît peu altéré.

En ce point, la paroi cardiaque a cédé sous l'influence de l'effort musculaire de la partie saine du ventricule et s'est laissée dilater en une petite poche, communiquant largement avec la cavité ventriculaire et pouvant loger une petite noix.

Cette lésion n'avait donné lieu à aucun accident symptômatique appréciable et était passée complètement inaperçue pendant la vie.

Le sujet est mort de pneumonie.

Digitized by Google

DISCUSSION.

M. CHAUVEAU. La capacité du ventricule n'est pas assez réduite pour que l'on puisse attribuer la mort uniquement à la disparition de sa cavité. Il est fâcheux que le cerveau n'ait pas été examiné, on aurait peut-être trouvé une embolie. Quant à la tumeur, elle semble due à une dilatation partielle avec amincissement des parois du cœur.

M. COLRAT. L'endocarde tapisse encore la poche, c'est un anévrysme par dilatation. Il ne s'agit pas là de ces anévrysmes dont la formation est due à l'ulcération de l'endocarde au niveau d'un foyer de myocardite en voie de ramollissement, et qui seuls constituent les véritables anévrysmes du cœur.

M. H. MOLLIÈRE. La lésion dont parle M. Colrat donne naissance à l'anévrysme aigu du cœur; mais l'anévrysme chronique reconnaît pour cause la transformation scléreuse des parois et leur défaut consécutif de résistance. Cette dégénérescence fibreuse succède ordinairement à une endocardite ou à une péricardite chronique, et c'est ainsi que les choses paraissent s'être passées dans le fait de M. Perroud. Ces anévrysmes chroniques sont plus rares que les anévrysmes aigus, on n'en trouve qu'un petit nombre dans la thèse de M. Pelvet..

HYSTÉROMÈTRE PORTE-CAUSTIQUE ;

Par M. le docteur LAROYENNE.

M. LAROYENNE présente un hystéromètre rendu porte-caustique par l'établissement de deux petites cuvettes à son extrémité.

Ces deux cuvettes sont remplies, comme celle du porte-caustique uréthral de Lallemand, de nitrate d'argent fondu. Cette sonde, qui a la forme et les dimensions d'un hystéromètre d'un faible diamètre, peut toujours s'introduire avec facilité dans la cavité utérine, pour en modifier la surface interne, et la cautériser, comme il convient de le faire, dans la métrite chronique avec sécrétion catarrhale ou purulente.

Les crayons de nitrate d'argent mitigés ou non ne parviennent pas toujours, à cause de leur forme et de leur volume, à

Digitized by Google

franchir l'orifice interne de la matrice, surtout si celle-ci présente une flexion prononcée à ce niveau.

L'hystéromètre porte-caustique permettra à l'agent modificateur, avec lequel il ne fait pour ainsi dire qu'un, de pénétrer sûrement et sans violence sur les points que l'on doit toucher ; et ces points sont bien plus souvent la muqueuse du corps que celle du museau de tanche et de la cavité du col. Les mucosités abondantes qui s'écoulent de l'orifice utérin, pendant qu'on cautérise les ulcérations du col, suffiraient à démontrer combien doit être impuissant dans ces conditions le traitement de ces ulcérations dans les inflammations chroniques du corps de l'organe.

On enveloppe l'hystéromètre porte-caustique d'un tube de caoutchouc d'une longueur de 7 à 8 centimètres, pour préserver le nitrate d'argent des cuvettes et rendre l'instrument tout à fait portatif. Ce tube est de ceux qui servent de drain en chirurgie.

DISCUSSION.

M. MARDUEL craint que, en franchissant l'orifice interne rétréci le nitrate d'argent se recouvre de mucus, devienne inerte et que la cautérisation intra-utérine soit insuffisante. D'autre part il demande à M. Laroyenne s'il n'y aurait pas un certain danger à cautériser la surface interne d'un utérus dont le col est rétréci. Il faudrait peut-être faire précéder la cautérisation d'une dilatation du col pour faciliter la sortie des mucosités produites par l'action du caustique.

M. LAROYENNE. J'ai pu constater que le nitrate d'argent se dissout dans la cavité utérine en quelques minutes, et que les cuvettes se vident, par conséquent le caustique doit agir.

M. Marduel a bien raison de tenir compte du rétrécissement de l'orifice interne du col. Ce rétrécissement est en effet une cause fréquente d'insuccès dans le traitement de l'endométrite, c'est la source de presque toutes les douleurs dans les maladies intra-utérines. Lorsque les produits de la cavité utérine, caillots, mucosités, pus s'écoulent facilement, les malades ne souffrent pas ; aussi disent-elles que leurs pertes les soulagent; mais lorsqu'ils ne trouvent point une issue suffisante et qu'ils s'accumulent dans l'intérieur de l'utérus, ils forment là comme une espèce de phlegmon intra-utérin, et c'est alors que les malades souffrent. La dilatation de l'orifice interne met fin à ces douleurs ; mais elle n'est pas toujours facile à pratiquer ; le rétrécissement de cet orifice et parfois le coude formé

Digitized by Google

par le col mettent obstacle à l'introduction des éponges préparées et des tiges de laminaria, dont le calibre est ordinairement trop gros, et qui n'a pas la courbure de l'hystéromètre. Je suis de l'avis de M. Marduel : il faut frayer un chemin aux mucosités ; mais l'introduction de l'hystéromètre porte-caustique produit déjà une certaine dilatation, et du reste la cautérisation est légère.

M. Boucaud. J'ai dernièrement pratiqué la cautérisation intra-utérine dans un cas particulier. C'était chez une femme de trente-un ans, mariée depuis dix ans, mais n'ayant jamais eu qu'une fausse couche et pas de grossesse. Depuis un certain temps elle avait des pertes rouges abondantes, sujettes à de fréquentes répétitions, accompagnées de douleurs lombaires très-vives et de rétention d'urine. L'orifice externe du col était assez large pour admettre l'extrémité du doigt, mais l'orifice interne était rétréci. J'attendis que l'époque des règles fût passée, et après avoir dilaté l'orifice interne. J'introduisis dans la cavité utérine un crayon de nitrate mitigé. Cette application de caustique fut répétée une seconde fois et détermina bientôt l'expulsion de débris membraneux que l'on reconnut pour des fragments d'un polype intra-utérin de la grosseur d'une noix.

M. H. Mollière. Il s'agit peut-être de ces polypes utérins, décrits par M. Larcher, qui, aux époques menstruelles, font saillie hors du col et permettent au doigt de les reconnaître, et qui plus tard rentrent dans la cavité utérine pour en sortir de nouveau à l'époque suivante, jusqu'à ce qu'ils soient expulsés ou extirpés.

M. Dron est étonné de la facilité avec laquelle on pratique maintenant la cautérisation et le cathétérisme intra-utérins, il demande à M. Laroyenne si ces manœuvres sont toujours bien innocentes. M. Dron craint qu'en suivant cette médication on ait à déplorer quelques accidents

M. Laroyenne. Les craintes de M. Dron sont fondées ; on a cité plusieurs cas de mort à la suite d'injections caustiques intra-utérines, l'introduction d'un crayon de tannin a déterminé la mort, et dans une des salles de l'Hôtel-Dieu le simple cathétérisme de l'utérus a provoqué dans un cas des accidents mortels ; aussi ne faut-il pas sans motifs sérieux cautériser la cavité utérine. Cependant, si on se laissait aller à des craintes exagérées, on ne pourrait instituer aucun traitement efficace de l'endométrite, dont la guérison ne peut être obtenue que par la cautérisation directe de la muqueuse utérine, encore résiste-t-elle trop souvent à ce moyen énergique. M. Laroyenne se croit donc autorisé à employer ce mode de traitement. Les cautérisations intra-utérines qu'il a pratiquées tant en ville qu'à l'hôpital s'élèvent déjà à un chiffre considérable ; cependant à l'hôpital il n'a pas eu à déplorer d'autre accident que quelques crises d'hystérie, quelques douleurs abdominales. En ville, dans un cas, à la suite d'une cautérisation légère, il est survenu une pelvi-péritonite ter-

Digitized by Google

minée par un abcès du cul-de-sac rétro-utérin, qui s'est ouvert trente jours après l'opération.

M. Dupuy trouve que l'on abuse un peu du nitrate d'argent; il lui préfère les autres caustiques, chlorure de zinc, nitrate de zinc, nitrate acide de mercure, dont l'action lui paraît plus rapide et qui surtout déterminent plus promptement la cicatrisation de la plaie consécutive à la chute de l'eschare.

OSTÉOME SOUS-MUSCULAIRE DE LA RÉGION PROFONDE DU PLI DU COUDE ; ABLATION ;

Observation rédigée par M. Lemoine, interne du service.

L'observation suivante est celle d'une tumeur enlevée il y a plusieurs mois, par M. D. Mollière, intéressante non-seulement à cause de son développement rapide, mais encore de sa constitution microscopique, qui l'a fait classer dans le groupe des ostéomes de Virchow.

Louis Andrillat, cultivateur, âgé de 24 ans, d'une constitution robuste, entrait au mois de juillet dernier, à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Sacerdoce, pour une tumeur siégeant au pli du coude gauche.

Il racontait qu'il avait fait une chute sur le coude environ un mois auparavant. A partir de cette époque il s'aperçut de l'existence d'une grosseur qui augmenta assez rapidement de volume, et qui gênait les mouvements de flexion et d'extension. Jusqu'au moment de sa chute, il ne s'était jamais aperçu de cette tumeur.

Ne trouvant aucun signe rationnel ou physique de luxation on rejeta promptement l'idée de cette lésion.

On avait donc affaire à une tumeur siégeant au pli du coude.

Cette tumeur, dure, bosselée, allongée transversalement occupait les limites suivantes : située à la partie antérieure du coude gauche, elle remontait en haut jusqu'à 5 centimètres au-dessus du pli moyen de l'article; en bas elle descen-

Digitized by Google

dait jusqu'à l'épitrochlée, en dehors elle dépassait un peu le bord externe du biceps.

L'artère humérale était jetée en dedans, et cotoyait le bord interne de la tumeur, limites profondes très-difficiles à apprécier.

Les dimensions étaient les suivantes : hauteur 5 à 6 centimètres, largeur 7 à 8 centimètres.

La pression ne détermine aucune douleur. Cette tumeur paraît bilobée ; légèrement mobile sur sa base, quand le bras est dans la demi-flexion, elle devient immobile quand il est dans l'extension, bridée alors par le tendon du biceps qui passe au-devant d'elle, et la fixe contre l'humérus.

D'après les caractères cliniques de cette tumeur, on pouvait diagnostiquer un enchondrome, développé au niveau du brachial antérieur sous le tendon du biceps, de nature bénigne, quoique la marche ait été assez rapide.

L'opération fut décidée. On fit une incision à 2 centimètres de l'artère, partant de la bifurcation des veines basilique et céphalique, remontant sur le muscle biceps sur une longueur de 10 centimètres environ. Après avoir incisé les fibres musculaires, du droit antérieur on tombe sur la tumeur, que l'on décortique avec assez de peine à cause des adhérences qu'elle présente de toutes parts avec les fibres musculaires.

Ceci fait avec le doigt et les ciseaux, on rompt les adhérences qui retiennent la tumeur en haut, et à la face postérieure et externe. Avec un davier, on essaye de la luxer en dedans, mais elle se rompt, et l'on amène ainsi un fragment de la grosseur d'une noix. A ce moment, il s'échappe du centre de la tumeur un peu de liquide brunâtre.

On enleva au fur et à mesure et par fragments le reste de la tumeur qui envoie de volumineux prolongements sous les muscles de l'avant-bras.

L'artère adhérait intimement à la tumeur, on dut la disséquer avec soin sur une assez grande longueur. On ne coupa qu'une petite artériole près de sa naissance sur l'humérale, elle fut aussitôt liée. Le nerf médian était rejeté en dedans et n'a pas été mis à nu pendant l'opération.

Digitized by Google

On dut laisser un fragment de la tumeur qui adhérait au ligament antérieur et dont l'ablation aurait inévitablement nécessité l'ouverture de l'articulation.

Pansement simple, immobilisation. Pour ne plus nous occuper du malade, nous dirons qu'il eut une arthrite suppurée aiguë, qui après deux mois environ, guérit avec ankylose. Depuis le malade a été perdu de vue.

La tumeur reconstituée est à peu près de forme ovale allongée, de la grosseur d'un œuf de dinde. Sa surface est parsemée de saillies et de dépressions. Elle est dure, de consistance osseuse.

Elle présente à la coupe une cavité centrale et deux enveloppes. La première d'apparence osseuse, présente une épaisseur de 1 centimètre environ; la deuxième d'apparence fibreuse, a de 2 à 3 millimètres d'épaisseur. La cavité ne présente rien de particulier à signaler. La face interne de la deuxième membrane, est lisse et présente de nombreux diverticules.

A l'examen microscopique fait sur la pièce fraîche, je trouvai des travées osseuses, contenant des ostéoplates en voie de formation, et d'autres complètement développés. Dans d'autres points de la tumeur, à côté de cellules osseuses, existaient des cellules cartilagineuses, mais en très-petit nombre.

Voici le résultat de l'examen microscopique que M. Fochier voulut bien faire, sur cette pièce, après une longue macération dans l'acide picrique, puis l'alcool.

On trouve des travées osseuses, contenant des ostéoplastes, en quantité et parfaitement constitués : autour de ces travées osseuses, existe une couche de cellules cubiques, ressemblant beaucoup aux cellules épithéliales pavimenteuses des culs-de-sacs glandulaires, et que Virchow a décrit sous le nom d'*ostéoplastes*. Ces cellules circonscrivent en général des cavités contenant de la moelle à l'état fibrillaire, et des cellules fusiformes ou rondes. Partout la disposition s'est montrée la même.

Quant à la membrane interne, elle est de nature fibreuse.

Digitized by Google

Elle s'arrête nettement au milieu du tissu ostéoïde, sans y envoyer de prolongements : la seule modification que l'on observe, réside dans les ostéoplastes, qui, au niveau de cette membrane, subissent la dégénérescence fibreuse.

Je crois donc qu'ici nous avons à faire à une tumeur osseuse, ostéome vrai de Virchow, dont le point de départ a pu être ou le tendon du brachial antérieur, ou le ligament antérieur de l'articulation.

La présence des cellules ostéoplastiques, et des nombreuses cellules rondes qui les entourent indiquent une ossification à marche rapide.

DISCUSSION.

M. Daniel MOLLIÈRE présente quelques considérations sur les difficultés du diagnostic et de l'opération. L'absence de renseignements sur le début de cette tumeur, dont le malade ne s'était aperçu qu'un mois auparavant, et qui avait évidemment une existence plus ancienne, la conservation relative des mouvements, le fait d'un traumatisme antérieur constituaient autant de circonstances peu propres à faciliter le diagnostic. Comme la tumeur, d'après le malade, augmentait rapidement, M. Mollière se décida à l'extirper. Sa délimitation fut très-difficile, vu les prolongements qu'elle envoyait sous les muscles et l'écoulement abondant de sang, écoulement que l'opérateur eût évité s'il eût eu connaissance à ce moment du procédé d'hémostase d'Esmarch. La tumeur avait écarté l'un de l'autre le nerf médian et l'artère humérale, qui lui étaient intimement unis.

Le nerf médian fut facile à séparer, mais il fallut disséquer l'artère sur une longueur de 3 à 4 centimètres. De fortes adhérences avec la capsule articulaire nécessitèrent aussi une dissection minutieuse, pour éviter l'ouverture de l'articulation ; cependant celle-ci s'enflamma consécutivement et suppura.

La tumeur enlevée était un véritable ostéome, renfermant un kyste. M. Mollière insiste sur la rareté des tumeurs semblables développées dans les muscles ; il n'en a trouvé aucun exemple dans la thèse de M. Després, qui a rassemblé la plupart des faits analogues connus.

M. LAROYENNE demande à M. Mollière si dans la crainte d'une hémorrhagie secondaire il avait placé une ligature d'attente sur l'artère ? Les veines adhéraient-elles ? A quoi M. Mellière attribue-t-il l'arthrite suppurée ?

M. D. MOLLIÈRE n'a pas placé de ligature d'attente, pensant qu'une hémorrhagie serait toujours facilement arrêtée. Les veines n'étaient pas adhérentes. La capsule articulaire n'a pas été ouverte, du moins il n'a

Digitized by Google

pas été fait d'ouverture appréciable à l'œil nu, peut-être s'est-il produit quelques fissures imperceptibles. M. Mollière croit que les tiraillements subis par la capsule pendant la dissection des adhérences suffisent à expliquer l'arthrite.

DE LA VALEUR SÉMÉIOTIQUE DES BATTEMENTS DE L'ARTÈRE CENTRALE DE LA RÉTINE, DANS LES AFFECTIONS CARDIAQUES, POUR LE DIAGNOSTIC DE L'INSUFFISANCE AORTIQUE; OBSERVATION A L'APPUI;

Par M. le docteur GRANDCLÉMENT.

(Voir la première partie *(Mémoires)*, page 36).

DISCUSSION.

M. H. MOLLIÈRE. On peut consulter sur ce sujet la thèse de M. Laqueur soutenue à Berlin en 1860. L'auteur a constaté pendant les accès une légère ectasie des vaisseaux rétiniens, ectasie qui disparaissait dans l'intervalle des accès. Dans un cas, l'autopsie put être faite, les vaisseaux rétiniens ne présentaient rien d'anormal.

M. J. GAYAT croit qu'il serait préférable de désigner ces phénomènes de circulation rétinienne par le nom de battements plutôt que par celui de pouls, car on n'observe qu'une ondée sanguine intermittente dans les artères rétiniennes et rien de semblable au pouls radial. Otto Becker lui-même ne regarde pas ces battements spontanés comme un signe diagnostique caractérisant l'insuffisance aortique, et dans plusieurs cas analogues à celui que M. Grandclément vient de citer, il signale l'absence du phénomène. Otto Becker recommande comme indispensable l'examen à l'image droite, afin de rendre l'image plus grande, et il insiste sur la nécessité de faire porter cet examen sur les points de bifurcation ou de croisement des vaisseaux périphériques. Cet auteur a étendu ses recherches à d'autres maladies générales et il vient de publier (juin, 1873) un travail dans lequel, le premier, il décrit les pulsations spontanées des artères de la rétine, comme étant un signe propre à la maladie de Basedow. Pour lui, dans cette affection, la dilatation et la pulsation spontanée des artères rétiniennes sont la conséquence d'une paralysie des vaso-moteurs.

M. GRANDCLÉMENT. Le mot pouls n'est pas une expression bien juste, car il n'y avait pas de pouls à proprement parler, ni de battements, c'était plutôt une succession de rétrécissements et de dilatations dus au passage de l'ondée sanguine.

Digitized by Google

M. D. Mollière demande à M. Gayat s'il a observé des battements rétiniens chez les hystériques. M. Laqueur, chez une fille hystérique de l'Antiquaille, a vu des battements très-nets sans troubles de la vision.

Chez une autre fille atteinte de paraplégie hystérique, M. Bravais a pu constater une hyperhémie rétinienne, la vision était presque complètement abolie. La disparition de l'hyperhémie eut lieu brusquement, la cécité disparut aussi rapidement, ainsi que la paraplégie.

M. Laroyenne. Souvent même dans les yeux normaux il semble qu'on aperçoit des battements des artères rétiniennes.

HERNIE OMBILICALE ÉTRANGLÉE ;

Par M. le docteur Laure.

Il s'agit d'une femme de soixante ans, atteinte d'insuffisance tricuspide avec asystolie, ascite et anasarque. Après avoir employé inutilement toutes sortes de diurétiques, M. Laure se décide à faire la ponction. Trois jours après la malade se plaint de douleurs au niveau de la piqûre, et il survient en même temps des vomissements bilieux. On constate alors une rougeur érysipélateuse qui est combattue avec succès par les applications de perchlorure de fer. Les douleurs et les vomissements persistant, M. Laure les attribue à une péritonite, complication rare, mais néanmoins possible à la suite des ponctions. M. Laure emploie alors l'opium, la glace, les frictions mercurielles belladonées.

Le septième jour après la ponction, la *cicatrice ombilicale*, que l'on croyait simplement distendue par le liquide ascitique, se rompt et il se forme un anus artificiel à ce niveau. La malade succombe le neuvième jour. On trouve à l'autopsie un étranglement de la deuxième portion de l'intestin grêle.

DISCUSSION.

M. Marduel. La péritonite qui succède à la ponction est ordinairement localisée au pourtour de la piqûre. Ce défaut de localisation dans le cas actuel aurait peut-être pu mettre sur la voie du diagnostic.

Digitized by Google

M. Laroyenne demande quelle a été la relation entre la ponction et l'étranglement ?

M. Laure. La hernie existait probablement avant la ponction, mais la présence du liquide dans le sac m'a empêché de la constater. La ponction a dû en déterminer l'étranglement ; dès le lendemain survinrent des douleurs abdominales, qui furent mises sur le compte d'une péritonite, rien n'ayant attiré mon attention sur la région ombilicale, ni avant ni après la ponction.

M. Debauge pense que la hernie n'existait pas avant la ponction ; mais l'évacuation du liquide ayant permis aux intestins de se rapprocher de la paroi abdominale, une anse s'est précipitée dans le sac tout formé que lui présentait la cicatrice ombilicale distendue.

NOUVELLE OBSERVATION DE BUBON D'EMBLÉE AUTO-INOCULABLE ;

Par M. le docteur D. Mollière.

Il y a quelques mois, rappelant deux observations du livre de Baumès, je vins apporter un fait que je crus de nature à faire admettre le bubon d'emblée à pus inoculable, le bubon d'emblée chancrelleux.

Mon observation, recueillie à la clinique de M. Valette, qui en admettait sans réserve l'interprétation, ne fut pas acceptée aussi facilement par quelques-uns des membres de la Société des sciences médicales. Soutenue par mon maître M. Diday, l'opinion que j'avais avancée fut attaquée avec la même vigueur par M. Dron. Dois-je rappeler à cette occasion que, dénaturées par des unitéistes parisiens, les objections formulées par M. Dron me mirent dans la nécessité d'affirmer dans la *Gazette hebdomadaire* que je n'avais pas eu en vue la description d'un nouvel accident syphilitique.

Quelques jours plus tard, M. Diday nous apporta un nouveau fait de bubon d'emblée chancrelleux, qui fut également discuté.

Eh bien ! la question avait déjà un an auparavant été mise à l'ordre du jour en Italie, et voici le fait que me transmet

Digitized by Google

à ce sujet M. le professeur Profeta (de Palerme), avec lequel j'ai l'honneur d'entretenir une correspondance scientifique, dont le bubon d'emblée chancrelleux n'a été ni le prétexte ni le but, ainsi que des communications ultérieures le prouveront, j'espère.

Bref, voici la traduction d'une page qu'il a bien voulu arracher au registre de sa clinique pour me l'envoyer. Elle fut rédigée par un de ses élèves en 1872.

Si donc le bubon dont il s'agit n'est pas d'*emblée*, il n'est pas non plus de *commande*.

« Le 15 avril 1872, le nommé A. V... eut une seule fois de nombreux rapports sexuels avec une prostituée de bas étage, qui, d'après des renseignements puisés à bonne source, présentait des lésions aux organes génitaux. *Au bout de dix jours* notre homme commença à ressentir dans l'aine gauche une sensation de douleur pour laquelle il fut soumis à un examen minutieux de ses organes génitaux, examen qui avait été déjà pratiqué deux fois depuis le jour du coït. Il craignait, en effet, d'avoir contracté quelques lésions à ces organes, mais on n'en put constater aucune. Cette douleur inguinale fut bientôt suivie de la formation d'un bubon. On le traita sans succès avec la pommade mercurio-belladonée, et le malade se vit bientôt obligé de venir réclamer les secours de l'art à notre clinique.

Nous l'examinâmes à son entrée *le* 10 *mai* 1872. C'était un homme robuste et qui n'avait jamais eu de maladies vénériennes. Il présentait un bubon au centre de l'aine gauche, de la forme et du volume d'un petit œuf de poule, avec son plus grand diamètre suivant la direction du pli inguinal. On ne sentait pas très-bien la glande enflammée, parce que le tissu cellulaire ambiant participait à l'inflammation. La peau avait une couleur rouge, mais un peu foncée (*ma non animato*). Douleurs spontanées, mais augmentées par la palpation et la marche. Pas de réaction générale.

Sur le gland, sur la fossette naviculaire, qui fut explorée attentivement avec une sonde, sur la muqueuse du prépuce,

Digitized by Google

sur la peau de la verge, du scrotum, sur la peau du périnée et de la face interne des cuisses, à l'anus, qui fut examiné à l'aide d'un petit spéculum, il n'y avait pas la plus petite lésion. Le professeur passant en revue les causes qui avaient pu donner naissance à ce bubon, pensa que le simple abus de coït ne pouvait suffire pour l'expliquer, et qu'il pourrait peut-être bien s'agir d'un bubon d'emblée, c'est-à-dire produit par le passage du pus spécifique dans la glande sans ulcération du point par lequel il avait pénétré. Il fit remarquer que le bubon d'emblée chancreux doit se produire avec une grande difficulté à cause des propriétés irritantes du pus chancreux, qui rend sa pénétration sans ulcération du point par lequel il entre très-difficile; très-difficile, mais non impossible, si l'on se rappelle les lois de l'absorption par les lymphatiques. Il conclut en disant que par prudence il ne fallait pas accorder trop de valeur à l'observation actuelle, qui était du reste encore incomplète, et se contenta de mettre en question la possibilité d'un bubon d'emblée chancreux, en attendant que des faits cliniques positifs, recueillis soit à sa clinique, soit par d'autres observateurs, vinssent lever tous les doutes.

Malheureusement le malade en question, donnant une preuve de plus de la défiance des paysans siciliens, et se voyant examiné avec tant d'intérêt, demanda sa sortie et quitta l'hôpital *le* 11 *mai*, vingt-quatre heures après son entrée. On n'avait fait usage que de cataplasmes émollients chauds.

Le 24 *mai*, fidèle à sa promesse, il se présenta au dispensaire de la clinique avec son bubon en suppuration et prêt à s'ouvrir. Mais il refusa d'entrer pour se faire soigner dans les salles de la chirurgie, et l'on dut se contenter de lui aspirer le pus de son abcès avec une seringue de Pravaz. Ce pus était assez liquide et d'une couleur chocolat. A partir de ce moment on ne revit plus le malade.

Un peu de ce pus fut inoculé à l'aide d'une légère piqûre sur la cuisse d'un sujet en traitement dans nos salles pour une syphilis secondaire. Au bout de cinq jours apparaît un

Digitized by Google

chancre mou type. Celui-ci servit à une seconde inoculation, et cette seconde à une troisième, les chancres ainsi obtenus ayant tous les caractères de l'ulcère non infectant de longue durée. Pareilles inoculations faites avec du pus de phlegmon ne donnèrent que des résultats négatifs. Nous ne doutâmes plus alors que V... ne fût porteur d'un bubon d'emblée chancreux. »

Telles sont l'observation et l'interprétation du docteur Profeta. Je crois que rien n'y manque pour établir l'exactitude du fait en litige : source, examens répétés pendant les jours qui ont suivi le coït, inoculation, réinoculation, inoculations comparatives. Et quant au soin que l'on a mis dans l'examen de toutes les régions qui auraient pu receler le chancre, la fuite précipitée du malade n'en est-elle pas la meilleure preuve !

DISCUSSION.

M. Dron n'a pu encore obtenir ce résultat avec les bubons suppurés sans lésions des organes génitaux. Ses prédécesseurs à l'Antiquaille (sauf le cas fort douteux de Baumès) ont toujours eu des résultats négatifs, de sorte que pour admettre définitivement le bubon chancrelleux d'emblée, il attend d'avoir des résultats très-nets par l'inoculation.

L'HYGIÈNE OCULAIRE DANS LES ÉCOLES ET DANS LA VILLE DE LYON ;

Par M. le docteur J. Gayat.

(Voir la première partie *(Mémoires)*, page 3.)

DISCUSSION.

M. Bravais. M. Gayat est arrivé aux mêmes conclusions qu'Erismann et Cohn, à savoir que la myopie croit avec l'âge, c'est-à-dire que l'on trouve une plus forte proportion de myopes sur un nombre de sujets donné à mesure que ces sujets sont plus avancés en âge. Comme Cohn, il attribue

Digitized by Google

la myopie à un défaut d'éclairage qui détermine la convergence. Mais il diffère d'Erismann en ce qu'il avance que les verres arrêtent la progression de la myopie. Il demande à M. Gayat si l'insuffisance de l'éclairage est également nuisible aux myopes et aux hypermétropes.

M. Fochier demande quelles sont les conditions qui déterminent l'apparition de la myopie au moment de l'adolescence.

M. Gayat répond à M. Bravais que Donders et Giraud-Teulon ont avancé depuis longtemps que les verres arrêtent la progression de la myopie. Il ne pense pas que l'hypermétropie soit directement influencée par le défaut d'éclairage.

Quant à l'époque d'apparition de la myopie, il faut distinguer les cas qui certainement sont les plus nombreux, où le sujet s'aperçoit à l'occasion de sa profession qu'il est myope. Il était myope aupavant, mais sa myopie ne s'est manifestée pour lui qu'au moment où il a dû fixer sa vue sur des objets éloignés.

M. Marduel confirme par le récit de son propre cas l'assertion de M. Gayat. Ce n'est que dans une classe assez avancée (en quatrième) qu'il a dû prendre des verres, par l'impossibilité où il était de lire sur le tableau noir.

M. Laroyenne demande de quelle manière agit l'éclairage artificiel dans les cas de myopie et d'hypermétropie ?

M. Bravais. L'éclairage artificiel fatigue par la coloration jaune de la lumière et par la chaleur qu'il dégage. Le gaz fatigue plus que le pétrole et celui-ci davantage que l'huile simple. On se fatigue d'autant plus qu'on est plus rapproché. On a cherché à remédier à ces deux défauts par des verres de lampes bleus et épais.

Les astigmates se fatiguent davantage parce qu'ils sont obligés d'avoir le muscle accommodateur à son maximum de tension, ce qui leur est commun avec les hypermétropes, mais de plus le système nerveux, la rétine et le nerf optique se fatigueraient également parce que l'acuité visuelle est diminuée et qu'elle est toujours à leur maximum d'action.

M. Laroyenne trouve dans la statistique de M. Gayat un chiffre très-élevé de malades atteints de granulations. Dans les hôpitaux on en voit très-rarement.

MM. Horand, Fochier et Bravais appuient l'assertion de M. Laroyenne. Ils n'ont rencontré que très-rarement (en tout huit cas) de granulations.

M. Gayat répond que dans son dispensaire il traite en ce moment quatre granuleux. Sa statistique a établi que la grande fréquence (64 sur 1,000 malades) de la granulation existe chez les adultes du peuple.

M. Français revient sur la question de l'éclairage, et demande le degré de nocuité des différentes flammes.

Digitized by Google

M. Debauge croit qu'on peut ajouter aux deux défauts signalés par M. Bravais l'inégalité de la lumière, les oscillations qui sont si fréquentes dans la flamme du gaz.

M. Gayat pense qu'on doit tenir compte de la fatigue de la journée, et que dans l'immense majorité des cas la lumière artificielle du matin ne cause aucune fatigue.

TRANSMISSION DE LA TUBERCULOSE PAR LES VOIES DIGESTIVES;

Par M. le professeur Saint-Cyr

M. Saint-Cyr met sous les yeux des membres de la Société des pièces anatomiques relatives à la transmission de la tuberculose par les voies digestives.

Les nombreuses expériences de M. Chauveau sur la vache, et qui avaient été, on le sait, toutes confirmatives, sont sous le coup de deux objections, assez faibles, il est vrai.

La première est que l'espèce bovine est fréquemment atteinte de tuberculose, que par conséquent il peut y avoir simple coïncidence, dans les expériences de M. Chauveau, de la tuberculose et de l'ingestion de matière tuberculeuse sans que celle-ci ait déterminé celle-là.

La deuxième objection repose sur ce fait qu'on est obligé d'employer des manœuvres pour faire prendre aux vaches la matière tuberculeuse. Or dans cette opération on peut déterminer l'entrée de la matière tuberculeuse dans le poumon et provoquer des pneumonies caséeuses. C'est pour échapper à ces objections que M. Saint-Cyr a expérimenté sur le porc. Sur cet animal, la tuberculose est tout à fait exceptionnelle, et, grâce à sa voracité, le cathétérisme œsophagien est évité.

Il a pris deux porcs d'une même portée, âgés d'un mois et demi. Ces deux porcs, achetés le 4 novembre 1873, ont pris les 6, 7, 8, 9, 10, 11 novembre 50 grammes de matière tuberculeuses (pneumonie caséeuse à différentes périodes, granulations tuberculeuses).

Ils n'ont présenté aucuns symptômes, et le 24 décembre

Digitized by Google

ils ont reçu 100 grammes de matière tuberculeuse, puis les 25, 26 et 27 du même mois 50 grammes.

De sorte que chaque animal a reçu environ un kilogramme de matière.

Ces deux animaux n'ont présenté aucun symptôme morbide jusqu'au 5 février. A ce moment, l'un des deux est devenu moins gai, il a eu peu de toux, puis a maigri. L'amaigrissement et la toux ont été en augmentant, et le 17 février il a été tué par hémorrhagie.

A l'autopsie, on a trouvé des lésions tuberculeuses sur les poumons, la plèvre, le foie, la rate, etc. Ces lésions ne présentent pas la même forme que chez la vache ou chez l'homme; mais M. Chauveau a vu des coupes microscopiques de ces lésions qu'il rapporte à la tuberculose.

DISCUSSION.

M. Perroud rappelle que plusieurs auteurs étrangers sont arrivés sur le même animal à des résultats identiques à ceux obtenus par M. Saint-Cyr.

Il fait remarquer que la tuberculose du porc présente la même forme et le même siége que l'on voit chez les enfants.

Un autre point intéressant consiste dans ce fait que le péritoine et la plèvre diaphragmatique sont presque toujours altérés dans les points correspondants, et qu'en enfonçant une épingle dans le diaphragme par la plèvre au niveau d'un point altéré, on est à peu près sûr de trouver le péritoine lésé au point où sortira l'instrument.

M. Laroyenne fait remarquer que l'on trouve ces altérations concomitantes non-seulement dans la tuberculose, mais dans toutes les inflammations.

M. Jacquet fait remarquer que d'après les pièces de M. Saint-Cyr la propagation se ferait plutôt par les lymphatiques que par les veines; on voit en effet les altérations les plus avancées et les plus nombreuses sur le mésentère et sur les ganglions abdominaux.

M. Jacquet fait part d'expériences négatives qu'il a obtenues sur des chats et des souris. Il a donné à manger à ces animaux de la matière tuberculeuse prise sur des enfants morts de phthisie pulmonaire à la Charité, et conformément à l'assertion de M. Chauveau, qui regarde le chat comme réfractaire, il n'a jamais observé de transmission.

Ces résultats seraient contradictoires avec ceux récemment signalés à

Digitized by Google

l'Académie de médecine par M. Vyseur, qui a pu transmettre à un chat la tuberculose par l'ingestion d'une matière tuberculeuse.

M. Chauveau fait remarquer que plusieurs auteurs allemands, Gerlach, Leissering, Klebs entre autres, ont donné la tuberculose au porc. Jusqu'à présent le chat avait paru réfractaire; mais récemment M. Vyseur (d'Arras) a expérimenté sur six chats, cinq jeunes animaux et une vieille chatte. Celle-ci n'a rien eu, mais les cinq jeunes ont présenté des lésions d'apparence tuberculeuse. D'après les pièces envoyées par M. Vyseur, M. Chauveau a constaté dans les poumons des œufs de nematodes, probablement de strongulus micrurus, de sorte que dans ce cas il ne s'agirait pas d'une tuberculose vraie, mais d'une phthisie vermineuse. Les ganglions n'ont pas encore été suffisamment examinés. Quoi qu'il en soit, les résultats de M. Vyseur seront toujours intéressants, car les lésions parasitaires du poumon et des ganglions sont tout à fait inconnues chez le chat.

M. Peuch met sous les yeux des membres de la Société des pièces relatives à la transmission de la tuberculose au porc par les voies digestives. Ces pièces proviennent du deuxième porc de M. Saint-Cyr. Dans la séance précédente, M. Saint-Cyr a présenté les pièces du premier porc qui avait présenté des symptômes non équivoques de phthisie pulmonaire. Celui-là paraissait jouir d'une santé parfaite. Il n'avait présenté ni toux ni amaigrissement. Cependant à l'autopsie on a trouvé des lésions pulmonaires caractéristiques. Les ganglions bronchiques sont très-tuméfiés et compriment les bronches.

L'autopsie du tube digestif n'a pas encore été faite.

DISCUSSION.

M. Jacquet fait part des résultats de l'examen microscopique qu'il a fait des pièces présentées par M. Saint-Cyr dans la dernière séance. Il a trouvé les caractères de la granulation tuberculeuse, tels que Virchow les a décrits, seulement il s'agit dans ce cas de granulations agglomérées analogues à celles de la pommelière.

M. Boucaud demande à M. Peuch si l'on a fait la contre-expérience, c'est-à-dire si l'on a fait ingérer des matières non tuberculeuses, tels que pneumonie fibrineuse, abcès chaud, cancer, sarcome. On sait en effet que dans les inoculations de la tuberculose on s'est servi tantôt de matières

Digitized by Google

tuberculeuses, tantôt de productions morbides étrangères à la tuberculose et même des matières inorganiques. Peut-être arriverait-on aux mêmes résultats que les auteurs dont il parle, peut-être surtout parviendrait-on à transmettre par les voies digestives le cancer ou le sarcome.

M. Peuch répond qu'on a fait manger à des chiens de la matière carcinomateuse et sarcomateuse; mais les résultats ont été négatifs.

M. D. Mollière. Les inoculations directes de substances cancéreuses sur le lapin réussissent rarement. On peut voir dans la thèse de M. Hyvert plusieurs expériences de cette espèce. Malgré toutes les précautions que l'on prenait (le lapin était placé dans la salle d'opération, incision préalable, puis greffe immédiate). On n'a réussi qu'une seule fois à faire prendre une petite portion de tumeur carcinomateuse du sein grosse comme une amande. Mais au bout de six mois la tumeur diminuait rapidement, on l'enleva; elle était enkystée et dans son centre s'était formée par régression une masse crétacée. Il est donc probable que les expériences par ingestion n'auraient pas un autre résultat.

HERNIE CRURALE GANGRENÉE EN DIX-HUIT HEURES;

Par M. Lemoine, interne des hôpitaux.

M. Lemoine communique l'observation d'*une hernie crurale grangrenée au bout de dix-huit heures d'étranglement.* — La malade portait un bandage depuis de longues années, lorsque le 28 décembre, à trois heures de l'après-midi, elle ressentit une vive douleur dans la région crurale gauche, et rentra chez elle. Un médecin appelé constata la présence d'une hernie et fit un premier essai de taxis. Le soir, la malade voulut manger, mais survinrent des vomissements, qui se répétèrent à chaque ingestion d'aliments ou de boissons; sans cependant qu'il y eût de vives douleurs. Le 29 au matin, nouvelle tentative infructueuse de taxis.

La malade est alors apportée à l'hôpital de la Croix-Rousse, service de M. Fochier, à onze heures du matin. Le pouls est bon, la face normale, de temps en temps quelques vomissements bilieux; la hernie présente le volume d'un œuf, la dou-

Digitized by Google

leur à la pression est peu vive. Cinq minutes à peine de taxis modéré amènent la réduction qui s'opère brusquement. Les symptômes de péritonite stercorale se déclarent dans l'après-midi et la malade meurt à 10 heures du soir.

A l'autopsie, on constate l'injection du péritoine et l'adhérence de quelques anses intestinales dans la fosse iliaque gauche, réunies par des exsudats encore mous. Au-dessous d'elles, on trouve un épanchement stercoral et l'anse herniée, facilement reconnaissable. L'étranglement comprenait à peine tout le calibre de l'intestin, dont le bord libre compris dans le sac mesurait 7 centimètres, tandis qu'un centimètre à peine avait été pincé au niveau du mésentère. La coloration générale était rouge vineuse. Deux plaques gangréneuses, molles, de coloration noirâtre, se détachaient sur ce fond uniforme, et étaient très-nettement limitées. L'une d'elles présentait une perte de substance, plutôt qu'une fenêtre, de 4 millimètres de diamètre environ, par où s'était produit l'épanchement ; dans l'autre, la muqueuse avait seule conservé une intégrité relative.

Dans le sac, on trouve des matières fécales, une pointe d'épiploon fortement adhérente à la partie supérieure et antérieure, et enfin le collet admettait parfaitement l'extrémité de l'auriculaire.

La date de l'étranglement ne pouvait faire penser à la possibilité d'une gangrène intestinale, les conditions anatomiques constatées à l'autopsie n'expliquent pas non plus la rapidité avec laquelle s'est établie cette complication. Cette rapidité constitue tout l'intérêt de ce cas, par bonheur exceptionnel, mais qui n'en devra pas moins mettre en garde sur les dangers de la réduction par le taxis dans les hernies crurales étranglées.

Digitized by Google

NOTE SUR UN CAS DE POLYPE NASO-PHARYNGIEN OPÉRÉ PAR LE PROCÉDÉ DE L'ABAISSEMENT DU NEZ (OSTÉOTOMIE VERTICALE ET BILATÉRALE DU NEZ).

Par M. F. DUBIEF, interne des hôpitaux.

L'observation qui va suivre, emprunte à une récente discussion de la Société de chirurgie, à l'occasion d'un mémoire de M. Duménil (de Rouen), un intérêt particulier d'actualité.

Le 2 février 1874, le nommé C... F... entrait dans le service de M. Ollier, salle Saint-Sacerdos, n° 11. Il est âgé de vingt-cinq ans et exerce la profession de cultivateur. Le début de sa maladie remonte, dit-il, à deux ans et demi, et fut marqué par une sensation de gêne dans les fosses nasales et une difficulté chaque jour croissante pour respirer par le nez; en même temps il s'écoulait par la narine droite, et d'une façon continue, un liquide muco-purulent. Depuis cette époque la gêne n'a cessé d'augmenter, mais sans douleur; depuis un an, fréquentes et abondantes hémorrhagies nasales, auxquelles le malade attribue son état anémique actuel.

Aujourd'hui, le dos du nez paraît normal, quoique légèrement dévié à gauche; la cloison est refoulée du même côté, mais on ne voit cette déformation qu'en élargissant les narines. A droite, il s'écoule constamment un liquide puriforme que le malade ne peut chasser en se mouchant, ce côté des fosses nasales étant complètement oblitéré ; l'air passe encore par la narine gauche, mais seulement pendant l'expiration et très-incomplètement. Le voile du palais est fortement repoussé en avant, et toute sa partie libre se présente comme une paroi verticale. Les piliers antérieurs et postérieurs sont tendus, et un espace de trois à quatre centimètres sépare le voile du palais de la face postérieure du pharynx. On ne voit pas la tumeur, mais en enfonçant profondément le doigt, on la sent sous forme d'une masse arrondie et dure occupant

Digitized by Google

toute la partie supérieure du pharynx. On remarque, surtout pendant le sommeil, du cornage qui tient à l'état du voile du palais. La voix est nasonnée ; la déglutition difficile. Pas de douleurs névralgiques, pas de phénomènes du côté des yeux; pas de troubles cérébraux ou nerveux. La tumeur paraît avoir un assez large pédicule implanté sur la base de l'apophyse ptérygoïde droite. L'examen et la palpation de la tumeur faits le 5 février n'ont pas provoqué d'hémorrhagie.

Le 7 février, M. Ollier pratique l'extraction de la tumeur par son procédé de l'ostéotomie verticale et bilatérale du nez. Dans un premier temps, on abat l'auvent nasal et on repousse la cloison à gauche. La tumeur, très-volumineuse, apparaît largement. Après quelques essais infructueux d'extraction par la bouche, on tente l'ablation par la narine droite. Le vomer est très-excavé sur sa face droite ; le polype est largement et solidement implanté sur des points multiples du pharynx et des fosses nasales. Après plusieurs tentatives et par des tractions énergiques, on arrache par la voie nasale en avant, et en plusieurs fois, une tumeur fibreuse, peu vasculaire, pesant 57 grammes. La perte de sang est insignifiante. On relève l'auvent nasal, on place six ou sept points de suture et on complète l'occlusion à l'aide de bandelettes de taffetas d'Angleterre. L'examen microscopique révèle un fibrôme pur. Les suites immédiates de l'opération furent très-simples. Comme traitement consécutif : glace sur la tête, bouillon et vin glacés.

Dans la journée légère hémorrhagie arrêtée très-facilement par deux petits tampons antérieurs. Le soir le malade paraît assez abattu. T. R. 38° 7.

Le 8, au matin, T. R. 39° 1. Le soir, le pouls est à 120 et la T. R. à 38° 8. On ne constate ni délire, ni vomissements, ni frissons, ni déviation oculaire. Le malade se plaint seulement d'un peu de céphalalgie sourde et diffuse, qui paraît un peu plus marquée au-dessus du sourcil droit. Pas de douleur pharyngée ; somnolence, mais pas plus marquée que la veille. Lavement purgatif, glace sur la tête, sulfate de quinine, 0,75.

Le 9, le malade est plus éveillé, le matin, T. R. 38° 8.

Digitized by Google

Pouls 108. (après lavement et quinine), le soir, T. R. 40°.

Le 10, au matin, P. 96, T. R. 38° 6. Etat très-satisfaisant, un peu de gonflement et de sensibilité des joues. Crachats muco-purulents et légèrement striés de sang, le soir, T. R. 39° 5.

Le 11, l'amélioration se maintient, matin; T. R. 38° 3, P. 80; soir, T. R. 39° 6. On continue la glace.

Le 12, P. 100, T. R. 39° 4. Aucun symptôme n'explique cette élévation de température. Un peu d'écoulement purulent par la narine droite. Soir, T. R. 39° 6; le malade se trouve un peu fatigué. Sulfate de quinine 0,60.

Le 13, la température rectale retombe à 38° 3 le matin et 38° 8 le soir. Réunion immédiate de la peau du nez sans réunion osseuse. Commencement d'herpès sur le bord de la lèvre supérieure. Le malade respire bien par le nez, pas de cornage; quinine 0,40. La convalescence se continue.

Le 14, T. R. matin, 37° 9; soir, 39°.

Le 15, T. R. matin, 37° 7; soir, 38° 3.

Le 16, T. R. matin, 37° 9; soir, 38° 6.

On enlève les bandelettes de taffetas. Les lèvres de la plaie laissent suinter un liquide incolore (larmes). Nouvelles bandelettes. Pas de céphalalgie.

Le 17, on commence le redressement de la cloison avec le laminaria, matin, 38°; soir, 38° 3.

Le 18, T. R., matin, 37° 9; soir, 38°.

Le 19, T. R., matin, 37° 9; soir, 38° 5.

Depuis la température n'est pas remontée au-dessus de 38° 2. En 15 jours la guérison était obtenue, et le vingt-deuxième jour le malade quittait l'Hôtel-Dieu.

De tous les procédés qui ont été préconisés comme opérations préliminaires pour l'ablation des polypes naso-pharyngiens, celui qui a été employé par M. Ollier, dans l'observation dont je viens de retracer les détails, présente de tels avantages que, dans la grande majorité des cas, il nous paraît devoir être préféré à ceux qui ont été mis en usage par Huguier, Langenbeck, Chassaignac, Bilbroth, Nélaton, etc.

Digitized by Google

Il serait superflu de démontrer la nécessité d'une opération préliminaire, dans certains cas de tumeurs volumineuses ou profondément situées et solidement implantées. Étant donnée cette nécessité, on devra préférer le procédé qui, en permettant d'aborder facilement la tumeur, expose le moins la vie du malade et laisse après lui le moins de désordres. Or, le procédé de l'ostéotomie verticale et bilatérale du nez, remplit toutes ces conditions.

Quand il s'agit de tumeurs du volume de celle, par exemple, qui fut enlevée en 1865, par M. Ollier, et qui pesait 205 grammes, ou même de celle dont il s'agit aujourd'hui, lorsque le pédicule est étendu et solidement implanté, il est nécessaire d'avoir une voie large et directe qui permette à la fois d'embrasser la tumeur et d'employer la force nécessaire pour l'extraire sans occasionner de désordres dans les organes voisins. L'abaissement de l'auvent nasal réalise ces conditions. En effet, la voie est largement ouverte et quelque étroit et resserré que soit le nez, comme dans le cas présent, il laisse toujours un espace suffisant pour le passage du doigt ; la cloison est du reste repoussée par la présence du polype, et on peut toujours, soit en refoulant la cloison, soit en la mobilisant d'un coup de ciseau, au besoin en sacrifiant les cornets, avoir un large champ de manœuvre. On se trouve alors directement en face de la tumeur, et, comme le dit M. Ollier lui-même, « dans les meilleures conditions de commodité, de force et de sécurité pour les organes voisins. » De plus, on voit ce qu'on fait, et dans le cas de prolongements on peut s'aider de l'instrument tranchant, car l'expérience a appris qu'il n'y avait pas d'inconvénients à laisser ces prolongements, qui, une fois séparés du corps de la tumeur, s'atrophient.

L'innocuité de l'opération n'est pas moins bien constatée. En effet, sur dix-huit cas environ, M. Ollier n'a perdu que deux malades, et encore chez l'un, la tumeur avait-elle pénétré dans le lobe sphénoïdal, complication que rien n'avait pu faire prévoir.

On n'a pas à craindre la gangrène, la vitalité du nez

Digitized by Google

étant assurée par le triple pilier inférieur, dont les artères, par une disposition très-favorable, se dirigent de bas en haut. Le procédé de Lawrence, qui ne laisse que le pédicule supérieur, beaucoup moins vasculaire que l'inférieur, mériterait mieux ce reproche. Mettant en cause l'hémorrhagie, M. Chassaignac, partisan d'ailleurs de la méthode, a proposé l'emploi de l'écraseur linéaire, mais la difficulté d'application devrait à elle seule faire renoncer à ce procédé, s'il ne s'y ajoutait pas la certitude que ce sont moins les déchirures de la muqueuse, résultant de l'arrachement, que celles du polype, qui sont cause de cette complication. De plus, dans le cas présent, la multiplicité des points d'implantation du polype eût été une contre-indication absolue.

Quand à la déformation ultérieure, elle se réduit à une simple cicatrice linéaire, à peine visible au quinzième jour et destinée à disparaître complètement au bout de un à deux ans.

Ce procédé ne peut être comparé qu'à celui de la voie maxillaire, qui seul donne un jour suffisant pour l'ablation de pareilles tumeurs, mais combien l'opération de Huguier, par exemple, n'est-elle pas plus difficile à pratiquer, plus grave et plus redoutable dans ses conséquences.

Malgré le beau résultat obtenu il y a dix ans par M. Ollier, qui vit se reproduire après l'ablation sous-périostée du maxillaire un arc osseux de plus de 1 c. de hauteur et de 5 à 7^{mm} d'épaisseur, très-solide, indépressible, unissant l'os malaire à l'épine nasale antérieure, et qu'il fallut plus tard sectionner pour opérer de nouveau la tumeur récidivée, malgré le succès récemment publié par M. Pamard (d'Avignon), quelle différence dans la durée de la maladie, que de chances d'insuccès de plus, non-seulement au point de la déformation et de la reproduction osseuse, mais au point de vue même de la guérison, surtout si l'on tient compte de l'importance du milieu.

Dans le cas présent, en effet, malgré l'énergie des tractions opérées, on n'a pas observé un seul signe de méningite. Il y a eu quelques douleurs de tête et une élévation passagère de

Digitized by Google

la température, mais que l'absence de tout autre symptôme doit faire rapporter à l'inflammation de la muqueuse nasale et pharyngée, friable et très-vasculaire, qu'il a fallu déchirer à plusieurs reprises.

Enfin, au bout de moins de vingt jours, la guérison est définitive, et la cicatrice réduite à une petite raie rosée à peine visible. La réunion de la peau est assez rapidement complète pour qu'un malade ait pu au quatrième jour commettre l'imprudence de se moucher avec force sans compromettre le succès de l'opération.

Ce ne sont certes pas là des désordres comparables à ceux qui suivent une ablation du maxillaire.

Donc, à tous les points de vue, le procédé de l'ostéotomie verticale et bilatérale est de beaucoup préférable à la meilleure des opérations préliminaires autrefois en usage. Nous n'en exceptons pas le procédé de M. Rouge (de Lausanne), qui ne saurait, croyons-nous, donner le jour nécessaire pour l'ablation d'une tumeur d'un volume aussi considérable et d'une implantation aussi large et aussi tenace.

TROIS OBSERVATIONS REMARQUABLES DE LUXATION ;

Par M. le docteur D. MOLLIÈRE.

OBSERVATION I. — *Luxation complète du coude gauche en dehors ; réduction.*

Cette observation a trait à un sujet âgé de 40 ans, le nommé Etienne Gros. C'est un homme robuste, mais qui présente une hémiplégie incomplète à droite depuis sa naissance. Comme il est complètement idiot il ne peut donner aucun renseignement.

La région du coude gauche est tuméfiée, douloureuse, et l'on observe les symptômes suivants :

1° L'avant-bras est fléchi à angle obtus sur le bras ; 2° il y a

Digitized by Google

un élargissement assez considérable du coude dans le sens transversal ; 3° la cupule du radius fait une saillie très-accusée sous la peau, en dehors ; 4° on ne sent pas très-bien le cubitus qui est un peu masqué par la saillie du radius ; 5° en dedans on sent une saillie très-accusée, formée par l'extrémité articulaire de l'humérus, que l'on distingue sans peine sous la peau avec tous ses détails : les deux tubérosités épicondylienne et épitrochléenne et les diverses rainures qui limitent la trochlée.

La face antérieure de l'humérus regarde directement *en dedans*. C'est donc bien une luxation *en dehors complète*.

Comme les parents du patient n'avaient pas dit en l'amenant que son hémiplégie était de date très-ancienne, on ne fit pas l'anesthésie, et l'on opéra la réduction par traction directe et flexion. Elle fut obtenue sans difficulté. En examinant les parties, le déplacement se reproduisit sous mes doigts avec les mêmes caractères, et fut immédiatement réduit une seconde fois.

Actuellement la guérison est complète. La luxation datait de trois jours.

Si nous avons cru devoir présenter cette observation devant la Société des sciences médicales, c'est que les luxations de cette espèce sont excessivement rares au dire des auteurs. Ainsi Nélaton dans son traité de pathologie externe n'en rapporte qu'un seul cas.

Obs. II. — *Luxation iliaque du fémur droit datant de cinquante jours. — Réduction par le procédé de Pouteau.*

Joseph Bégrin dit l'Angélique, robuste bûcheron de 60 ans, se livrant à l'exercice de sa profession, tomba d'une hauteur assez considérable, et ressentant d'assez violentes douleurs dans la région de la hanche, garda le repos ; mais voyant ses fonctions de déambulation singulièrement compromises, il se décida, cinquante jours après l'accident, à venir réclamer les secours de l'art à l'Hôtel-Dieu de Lyon. Ce malade à son entrée nous présenta *tous les signes* de la luxation iliaque de la

Digitized by Google

hanche. Rotation en-dedans, raccourcissement, dépression inguinale, saillie de la tête dans la région de la fesse, déplacement du pli fessier, etc.

Tout gonflement inflammatoire ayant disparu, on pouvait apprécier tous ces symptômes sans la moindre difficulté.

Voici du reste les mensurations que nous avons recueillies et à l'aide desquelles on pourra apprécier le raccourcissement en construisant les triangles par le procédé de Giraud-Teulon :

Côté sain.	Côté malade.
De l'épine iliaque ant. et sup. à l'ischion, 18,50.	id. id.
De l'ép. il. ant. sup. au condyle externe du fémur, 47,50.	id. 44,50
De l'ischion au condyle externe du fémur, 40,50.	id. 40 »

Le malade étant anesthésié par l'éther, je commençai sans succès à tenter la réduction par la méthode de Pouteau. Je fis ensuite les petites manœuvres hippocratiques afin de rompre les adhérences ; puis j'essayai sans résultat les tractions directes exercées par des aides. J'appliquai alors l'appareil de Jarwis, modifié par Mathieu, d'abord sur le membre fléchi, puis sur le membre étendu, toujours sans obtenir le moindre résultat ; et cependant j'avais fait opérer des tractions considérables. Il y avait près d'une heure que ces tentatives duraient et j'allais me tenir pour battu, quand je tentai un dernier effort par la méthode de Pouteau, mais en y ajoutant la manœuvre suivante : le poing d'un aide fut placé entre le grand trochanter et un point d'appui solide placé immédiatement en arrière.

Je fis la flexion, la rotation, puis l'*abduction*. Dans ce dernier mouvement je déployai une force considérable, j'agissais sur un levier ayant pour puissance le fémur, pour point d'appui le trochanter, la tête fémorale pour point d'application. Un craquement significatif annonça bientôt que la tête venait de rentrer à sa place. En vérifiant la réduction, je reproduisis le déplacement, mais la tête fut aussitôt remise en

Digitized by Google

place sans la moindre difficulté, toujours par le procédé de flexion. Le malade soigneusement mesuré fut couché dans une grande gouttière Bonnet. Un mois après il quittait l'hôpital complètement guéri. Le gonflement qui suivit l'opération fut moins considérable que n'aurait pu le faire craindre la violence des manœuvres.

On s'étonnera peut-être de la tenacité avec laquelle j'ai continué les manœuvres pendant si longtemps sur un vieillard, et en présence d'une luxation aussi ancienne, mais, on sentait si distinctement la tête fémorale dans les parties molles et la dépression inguinale paraissait si nettement accusée, que j'avais la conviction que l'obstacle résidait exclusivement dans les parties molles et qu'aucune déformation ne s'était produite autour de la cavité.

Obs. III. — *Fracture compliquée de plaie des deux os de la jambe droite, luxation iliaque du même côté avec contusion très-forte de la région trochantérienne, plaie de la face; commotion cérébrale et médullaire. Réduction par le procédé de Pouteau. Guérison.*

Le nommé Antoine Raton, originaire du département de la Creuse, âgé de 14 ans, travaillait à la construction d'une maison arrivée déjà à son troisième étage. Il fit un faux pas et tomba dans la cave. Dans sa chute il se heurta contre des marches d'escaliers. A son entrée à l'Hôtel-Dieu je constatai une fracture des deux os de la jambe vers le tiers inférieur. Le foyer de la fracture communiquait avec l'extérieur par une plaie de la largeur d'une pièce de 50 centimes. Pouls filiforme. Contusions à la face. Plaie profonde sur le bord de la mâchoire inférieure, à droite. Contusion de l'épaule. Pupilles dilatées. Perte de connaissance presque absolue. Erection de la verge, que le malade saisit avec anxiété comme les enfants atteints du croup, qui meurent asphyxiés. Hoquets et vomissements. Croyant la mort imminente, j'appliquai un appareil silicaté aussi exact que possible sur le membre fracturé, afin d'éviter des souffrances au malade, et sans poursuivre un exa-

Digitized by Google

men pendant lequel j'aurais craint de le voir succomber, je le laissai étendu dans son lit. Le lendemain matin le pouls battait 170. T. Axill. 39°,6. — Il fallut pratiquer le cathétérisme trois fois, la vessie paraissant complètement paralysée.

Le malade fut étendu dans une grande gouttière de Bonnet. Petit à petit les symptômes s'amendèrent, la plaie de la jambe fut pansée vers le sixième jour à travers une fenêtre pratiquée dansle bandage silicaté, et l'état général étant des plus satisfaisants, le quinzième jour je complétai l'examen de la région de la hanche au niveau de laquelle se voyait une large eschare, de la largeur de trois travers de doigt, et comprenant toute l'épaisseur de la peau. Le membre est dans la rotation en dedans. 10 centimètres de raccourcissement. Elévation du grand trochanter. Saillie de la région fessière.

On sent très-nettement la tête du fémur dans la région de la fesse. En un mot, il y a *luxation iliaque* du fémur complète. Le malade fut soumis à l'anesthésie par l'éther, un aide fut chargé de suivre tous mes mouvements en soutenant la jambe fracturée, enveloppée dans son appareil. — Je commençai les manœuvres de la réduction, bien décidé à ne la pas prolonger, de crainte de compromettre le travail de cicatrisation de la fracture par des mouvements intempestifs. Un aide plaça son poing derrière le trochanter pour le repousser tandis que je faisai la flexion, la rotation et l'*abduction forcée*. La tête rentra d'emblée dans la cavité cotyloïde. Immobilisation dans la grande gouttière.

Après un séjour assez prolongé dans son appareil, séjour nécessité par la fracture de jambe le malade commença à faire quelques pas avec des béquilles, et lorsqu'il quitta l'Hôtel-Dieu il marchait et courait dans les cours de cet hôpital aussi librement que s'il n'avait jamais subi les terribles traumatismes dont nous venons de retracer l'histoire.

Si nous avons cru devoir attirer l'attention de nos collègues sur ces deux faits, c'est qu'ils prouvent une fois de plus l'excellence du procédé de flexion. Nous nous sommes trouvés en effet en présence de difficultés considérables et néanmoins

Digitized by Google

nous avons réussi à obtenir la réduction. Le procédé de Pouteau, auquel on a voulu à tort attacher d'autres noms, nous a, dans le premier cas, donné un succès inespéré ; il nous a permis dans le second, d'obtenir une réduction alors que toutes les autres méthodes étaient inapplicables : comment en effet aurait-on pu exercer des tractions quelque peu énergiques sur un membre fracturé et fracturé avec plaie ?

DU TRAITEMENT DU CÉPHALÆMATOME PAR LA PONCTION CAPILLAIRE AVEC ASPIRATION, SUIVIE DE LA COMPRESSION ;

Par M. le docteur LAROYENNE.

Il est démontré depuis longtemps que le céphalæmatome, abandonné à lui-même, finit presque toujours par disparaître après plus ou moins de temps comme tout hématome sous-périostal, chez les enfants, quel que soit son siége. Aussi l'expectation peut-elle être considérée comme préférable à tous les modes de traitement employés jusqu'ici, presque aucun d'eux ne met à l'abri de l'éventualité d'accidents plus ou moins sérieux. Mais il peut arriver que la tumeur hématique sous-péricrânienne reste presque indéfiniment stationnaire. D'autres fois les tissus qui en forment l'enveloppe menacent de se perforer ou se perforent, en établissant une communication entre l'air extérieur et les produits épanchés. Les pressions, les excoriations auxquelles sont soumis les téguments du crâne pendant le travail de l'accouchement, peuvent ainsi que les applications irritantes réputées résolutives, déterminer cette complication. On est donc autorisé à intervenir, alors même qu'on n'y est pas contraint, pourvu que cette intervention soit exempte de danger. Or les perfectionnements apportés dans ces dernières années, aux instruments, destinés à aspirer les collections liquides, permettent d'évacuer sans accident les tumeurs sanguines du crâne situées sous le périoste.

D'autres chirurgiens ont certainement dû songer à employer

Digitized by Google

ou ont employé, comme je l'ai fait, les appareils de MM. Dieulafoy et Potain, aujourd'hui si répandus, pour faire disparaître ces tumeurs. Ainsi M. Bouchacourt, dans son article céphalæmatome du *Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales*, leur consacre une mention, mais comme je n'ai trouvé nulle autre indication sur l'emploi de ces instruments dans la thérapeutique du céphalæmatome, je n'ai pas cru inutile de rappeler les résultats que j'avais obtenus, et de faire ressortir les différences qui existent entre la ponction simple et la ponction avec aspiration suivie de la compression, appliquées au traitement de cette affection.

J'ai soumis huit petits malades à ce traitement, qui a été de la plus parfaite simplicité et sans aucun retentissement sur leur économie. La ponction faite et le sang aspiré, on voit la peau s'appliquer sur la paroi du crâne et constituer en ce point une dépression très-manifeste. Un tampon d'ouate est maintenu à l'aide de bandelettes de diachylon sur la région où siégeait la tumeur, et, quinze jours après, en enlevant l'appareil, on constate la complète disparition pour toujours de la collection hématique.

Avec la ponction, telle qu'elle était pratiquée autrefois, il était impossible de vider complètement la poche du sang plus ou moins poisseux qu'elle contient, et l'interposition de ce liquide entre le périoste et le crâne empêchait l'adhésion des deux surfaces que l'on cherche à obtenir. Il arrivait aussi que l'absence de compression ou une compression, dans ces conditions, inefficace, permettait au liquide de réapparaître aussitôt après son évacuation, en aussi grande quantité qu'il l'était avant la ponction, accident qui équivaut à une saignée et qu'il n'est pas indifférent de provoquer chez un nouveau-né.

J'ai appliqué ce même traitement, avec le même succès, à deux tumeurs sanguines sous-péricrâniennes traumatiques, siégeant toutes deux dans la région fronto-pariétale ; l'une sur un enfant de deux ans et demi, l'autre sur un enfant de quatre ans. Ces deux tumeurs présentaient une particularité symptomatique qui les différenciaient du céphalæmatome du nouveau-né. Siégeant dans la région fronto-pariétale, la

Digitized by Google

suture de ce nom n'avait pas empêché le périoste d'être décollé à son niveau, et le bourrelet osseux passait du frontal au pariétal sans interruption, comme s'il se fût agit d'une encéphalocèle.

L'examen comparatif, que j'ai fait à l'amphithéâtre avec mon interne M. Chaboud, des crânes de nouveau-nés et de ceux d'enfants aux différents âges, nous a très-bien rendu compte de cette particularité. En effet, le péricrâne devient de moins en moins adhérent à sa membrane suturale à mesure que l'enfant est plus éloigné de sa naissance. (Je ferai remarquer en passant que si les tumeurs sanguines traumatiques sous-péricrâniennes peuvent être contestées chez l'adulte, elles ne sauraient l'être dans le jeune âge, et je viens d'en mentionner deux observations.)

Ce bourrelet qui circonscrit les hématomes sous-péricrâniens, limité par les sutures chez les nouveau-nés, non limité sur de moins jeunes enfants, s'observe aussi autour des collections purulentes situées au-dessus du péricrâne; aussi faut-il bien se garder de croire qu'un abcès de la région crânienne est ossifluent, c'est-à-dire sous-périostal, par cela seul qu'il est limité par un bourrelet qui rappelle celui des hématomes ou celui des abcès sous-péricrâniens et dont on ne peut le différencier.

DISCUSSION.

M. Marduel présente quelques objections toutes théoriques au mode de traitement préconisé par M. Laroyenne, il se demande si l'aspiration ne pourrait pas, au moment même de son application, provoquer de la part des veines du diploé une nouvelle exhalation sanguine, de telle sorte que l'on fût exposé à retirer plus de sang qu'il n'en existe dans l'hématome.

M. Laroyenne reconnait la valeur de cette objection à laquelle les faits ont répondu suffisamment jusqu'à présent, cependant il sera bon d'en tenir compte à l'avenir. Deux choses pourront mettre en garde contre cet accident : la comparaison de la quantité du sang retiré avec la quantité présumée de sang épanché, les caractères physiques du sang retiré. Le sang de l'hématome est noir, fluide incoagulable, il est probable que le sang nouvellement issu du diploé présenterait des caractères tout différents, une coloration plus claire et une coagulation prompte.

Digitized by Google

M. Dubief fait remarquer que dans les injections d'eau pratiquées, de concert avec M. Bermoud, sous la peau au niveau des os du crâne et de la face antérieure du tibia, il a toujours obtenu la production d'une tumeur donnant sur ces bords la sensation d'un bourrelet; il croit que cette apparence du bourrelet est due à une illusion du toucher

---

CONTRACTURE DE LA PARTIE INFÉRIEURE DU TRAPÈZE;

Par M. le docteur Pravaz.

(Voir la première partie *(Mémoires)*, page 29).

DISCUSSION.

M. D. Mollière. — J'ai observé un fait analogue chez une jeune fille du service de M. Létiévant, qui présentait un abaissement de l'omoplate, survenu brusquement, sans cause appréciable, un mois auparavant; le lendemain de son entrée à l'Hôtel-Dieu, avant que l'on eût mis en œuvre aucune médication, la déformation disparut aussi brusquement qu'elle était venue.

J'ai vu employer les injections d'atropine dans deux cas de contracture spasmodique du sterno-mastoïdien et de l'angulaire de l'omoplate. Insuccès dans les deux cas.

M. P. Meynet. — J'ai en ce moment à la Charité, un enfant de trois ans et demi qui présente une contracture des muscles de la partie postérieure de la cuisse, de la masse sacro-lombaire et de la paroi antérieure de l'abdomen. Les muscles contracturés sont durs et douloureux, la colonne est fortement renversée en arrière, les deux cuisses sont en abduction et les deux jambes fléchies sur la cuisse. Cette contracture est survenue sans cause appréciable trois mois auparavant, elle disparaît pendant le sommeil anesthésique, mais persiste pendant le sommeil naturel. Je me propose d'employer les injections d'atropine, bien que je ne compte pas beaucoup sur ses heureux effets; je pourrai du reste présenter ce sujet à une prochaine séance et demander à la Société son avis.

M. Pravaz. — Je ne mets pas la disparition soudaine de l'affection de ma malade sur le compte de l'atropine, mais avant cette heureuse terminaison j'avais déjà constaté une certaine amélioration, que je crois pouvoir attribuer à l'influence de ce médicament.

M. Dupuy ne croit pas que l'on puisse nier l'action de l'atropine dans les contractures, il l'a plusieurs fois employée dans le tétanos et quelle que fût

Digitized by Google

l'issue de la maladie il a toujours vu les muscles tétanisés entrer en résolution au voisinage de l'injection.

M. Icard. — Je fus appelé auprès d'une demoiselle d'une trentaine d'années, chez qui la veille au soir s'était brusquement produit un torticolis très-douloureux au moment où elle portait vivement les deux bras derrière la tête. Me rappelant les bons effets du massage dans les entorses, j'eus recours à ce procédé, et après une demi-heure d'un massage modéré, la contracture et la douleur diminuèrent à ce point que la tête put reprendre sa direction normale et sa mobilité; trois jours après, la guérison était complète.

M. D. Mollière. — J'ai entendu raconter à M. Broca qu'un jour, à la suite d'un effort énergique pour prévenir une chute imminente, il avait éprouvé une vive douleur dans la nuque avec renversement de la tête en arrière, phénomènes qu'une seule séance d'électrisation farasique fit disparaître sans retour. M. Gubler présent citait plusieurs faits analogues.

CONTRACTURE DES MEMBRES INFÉRIEURS;

Par M. le docteur P. Meynet.

M. P. Meynet présente à la Société l'enfant atteint de contracture des membres inférieurs, dont il a été question dans la séance précédente.

Agé de sept ans, d'une constitution moyenne, il s'est toujours bien porté et n'a jamais eu de convulsions.

Son père est vigoureux, sa mère légèrement anémique. L'affection a débuté sans cause appréciable; cependant, l'enfant ayant été un peu abandonné à lui-même durant une maladie qui atteignit son frère aîné, il se pourrait, au dire de la mère, qu'il eût été exposé à quelques causes de refroidissement, mais ce n'est qu'une simple supposition.

Au mois de janvier dernier, légère angine avec coryza, suivie quelques jours après de douleurs dans les membres inférieurs et l'abdomen; pendant tout le mois de février l'abdomen fut douloureux, dur et volumineux, ce n'est qu'au commencement de mars, dix jours avant son entrée à la Charité,

Digitized by Google

que les membres inférieurs furent pris de contracture. L'enfant se présenta dans l'état suivant :

Les deux cuisses en abduction et en rotation en dehors sont fléchies, sur l'abdomen, les jambes fléchies sur les cuisses, et les pieds en extension sur la jambe; chaque membre inférieur reproduit, mais en l'exagérant, l'attitude vicieuse de la coxalgie, de telle sorte que les deux pieds se touchent par leur face plantaire et que les jambes circonscrivent avec les cuisses un espace losangique.

La colonne vertébrale est fortement renversée en arrière, la courbure lombaire exagérée, l'abdomen volumineux, proéminent, dur et douloureux à la pression. La contracture persiste pendant le sommeil naturel, mais disparaît pendant le sommeil anesthésique, les cuisses s'étendent alors sur le bassin, l'ensellure disparaît ainsi que le gonflement de l'abdomen, qui devient ample et s'affaisse. On peut alors constater qu'il n'y a ni distension gazeuse des intestins, ni distension de la vessie par rétention d'urine. L'extension forcée des membres inférieurs pendant l'état de veille est impossible et provoque des douleurs très-vives. Il n'y a pas d'incontinence d'urine ni des matières fécales, l'enfant demande le vase, mais il lui arrive de temps en temps, peut-être par paresse, de salir son lit.

La sensibilité est intacte dans tous ses modes, pas de douleurs spontanées dans les membres inférieurs. Pas de déformation de la colonne vertébrale, à part l'ensellure, pas de douleur à la pression des apophyses épineuses. Etat général bon, pas de fièvre.

L'enfant a été soumis depuis son entrée à des médications diverses : bromure de potassium, à la dose de 2 grammes pendant dix jours; pulvérisations d'éther le long de la colonne, d'après le conseil de M. Perroud (pas d'effets sensibles); faradisation des muscles antagonistes; enfin depuis quelques jours, M. Meynet pratique les injections d'atropine, préconisées par M. Pravaz, et déjà il a pu constater une certaine amélioration, qui se produit aujourd'hui par une ensel-

Digitized by Google

lure moins prononcée, une flexion moindre des cuisses et une résistance plus faible à l'extension forcée.

M. Meynet demande à ses collègues leur avis sur ce cas intéressant, s'agit-il d'une contracture périphérique ou symptomatique d'une lésion médullaire ? Quant à l'abdomen en particulier, il croit que sa tuméfaction et sa dureté sont dues en partie à l'ensellure, en partie à la contracture de muscles abdominaux.

L'amélioration récente doit bien être attribuée à l'atropine, car les autres médications antérieurement employées n'avaient produit aucun changement. La dose d'atropine a été de 2 millg. à chaque injection, elle n'a produit d'autres effets qu'une légère dilatation pupillaire.

DISCUSSION.

M. Dupuy demande que l'on élève la dose d'atropine jusqu'à production d'effets physiologiques prononcés.

M. Horand a vu un cas tout à fait analogue de contracture des membres inférieurs chez un enfant qui présenta plus tard tous les signes physiques d'un mal de Pott; dans ce cas, les pointes de feu le long de la colonne eurent les meilleurs résultats et permirent le retour des mouvements. Il est possible que le malade de M. Meynet soit atteint d'un mal de Pott, qui se révélera plus tard par la déformation de la colonne et les signes classiques de cette affection.

M. Laroyenne ne s'explique pas comment la contracture des muscles abdominaux peut produire une tuméfaction de l'abdomen. La contracture des deux membres inférieurs lui paraît plaider fortement en faveur d'une affection de la moelle, qu'il affirmerait s'il y avait rétention d'urine.

En tout cas, s'il s'agit d'une contracture essentielle, il croit qu'elle guérira facilement en imposant aux membres contracturés une attitude forcée contraire à celle qu'a produite la maladie; il engage donc M. Meynet, après avoir toutefois continué les injections d'atropine pendant un certain temps, à placer le malade dans un double bandage silicaté, l'extension des membres ayant été obtenue par l'éthérisation.

M. Clément ne croit pas à la contracture des muscles abdominaux, qui devaient plutôt produire l'aplatissement de l'abdomen, et la disparition du gonflement du ventre pendant le sommeil anesthésique lui paraît difficile à expliquer. La contracture bilatérale le porte à croire à l'existence d'une affection de la moelle; peut-être s'agit-il d'une sclérose des cordons latéraux.

Digitized by Google

M. Perroud, qui a examiné le malade pendant le sommeil chloroformique, a pu constater que la tuméfaction de l'abdomen, qui disparaît alors, ne peut être attribuée ni à une distension gazeuse des intestins, ni à une rétention d'urine; il croit, comme M. Meynet, à une contracture des muscles abdominaux, et compare cette tuméfaction abdominale à ces tumeurs de l'abdomen paraissant et disparaissant d'un moment à l'autre, que l'on a observées chez les hystériques et que les Anglais appellent des tumeurs fantômes. M. Perroud croit que la contracture des membres inférieurs est purement nerveuse, car il n'y a aucun trouble de la sensibilité, et il est bien rare que le mal de Pott ne produise des douleurs par compression des nerfs.

M. Bianchi, en présence de la diversité des opinions touchant la cause des contractures, se demande s'il ne s'agirait pas d'une contracture *à frigore*, avec hyperhémie méningo-médullaire; on pourrait peut-être employer avec avantage les bains de vapeur et à leur défaut les courants continus.

M. P. Meynet dit que l'influence du froid chez ce malade est très-douteuse; ce n'est qu'à défaut d'autres conditions étiologiques que l'on a admis la possibilité d'un refroidissement.

M. Meynet continuera les injections d'atropine pendant un certain temps, et si les contractures ne cèdent pas, il aura recours au bandage silicaté conseillé par M. Laroyenne.

NOTE SUR UN CAS DE ZONA OPHTHALMIQUE;

Par M. A. Carry, interne des hôpitaux.

(Voir la première partie *(Mémoires)*, page 42.)

DISCUSSION.

M. Horand fait un résumé rapide de l'observation présentée par M. Carry, interne de son service, et en signale les points importants : siége insolite de l'éruption sur les paupières, passage de l'éruption du côté gauche au côté droit, puis retour au côté gauche, nombre des récidives qui s'élèvent déjà à douze. Les récidives sont très-rares dans le zona, quel que soit son siége, Gilibert et Alibert ont seuls publié des exemples de zonas récidivés. L'observation de M. Carry vient confirmer l'existence du zona chronique, décrit par Alibert, mais jusqu'ici mis en doute par les dermatologistes.

La cause immédiate de ce zona est évidemment une lésion du trijumeau dans son ganglion ou dans ses branches; mais sous quelle influence s'est-

Digitized by Google

elle produite ? La malade est rhumatisante. S'agit-il d'une affection arthritique ? Est-ce une affection supplémentaire des règles qui n'ont pas encore paru ? Faut-il invoquer une lésion cérébrale ? Les troubles digestifs qu'a présentés la malade pourrait y faire penser. M. Horand, vu les atteintes antérieures du rhumatisme, la fréquence et la bénignité des récidives, est porté à croire qu'il s'agit d'une affection arthritique.

M. Icard vient d'observer un zona frontal et palpébral chez une femme atteinte de névralgie trifaciale depuis huit jours; une première poussée de vésicules se fit sur le trajet du nerf frontal; à une seconde poussée,qui eut lieu le lendemain, les vésicules envahirent les paupières. Guérison par le valérianate de quinine.

M. Gayat fait remarquer la difficulté de calmer les douleurs névralgiques du zona; dans un cas, c'est en vain qu'il pratiqua des injections de morphine aussi répétées et à doses aussi fortes que possible.

M. Perroud a observé deux cas de zona ophthalmique, tous les deux chez des femmes. Dans le premier fait, les vésicules envahirent le front et la partie latérale gauche du nez; il n'y eut de douleurs névralgiques ni avant ni après l'apparition des vésicules, qui disparurent rapidement sans traitement.

Dans le deuxième cas, le zona siégeait à gauche comme le premier; les vésicules couvrirent le front jusqu'au cuir chevelu et la partie latérale gauche du nez jusqu'à la narine; la conjonctive présenta une petite ulcération vers son angle interne. La douleur n'apparut qu'après l'éruption et fut mieux calmée par un collyre à l'atropine que par les injections de morphine.

M. Perroud demande à M. Horand si sa malade prenait de l'arsenic et si l'on observe souvent du zona à l'Antiquaille, où l'administration de l'arsenic est assez fréquente. M. Perroud a observé un zona du honteux interne chez un malade soumis à une médication arsenicale; il rappelle que Jackson a publié sept cas de zonas divers chez des malades qui prenaient de l'arsenic.

M. Horand répond que sa malade ne prenait pas d'arsenic, et qu'à l'Antiquaille, où l'on administre en effet fréquemment l'arsenic, le zona est exceptionnel.

L'arsenic étant assez souvent donné dans le rhumatisme, il faudrait savoir si les malades de Jackson n'étaient point arthritiques, car l'on sait que pour M. Bazin le zona est arthritique.

Digitized by Google

DE L'INFLUENCE DES ANTISEPTIQUES SUR LE DOSAGE DE L'URÉE

Par S. COTTON, pharmacien.

Dans un travail précédent *(Bulletin de la Société chimique de Paris*, janvier 1874*)*, en signalant des couleurs nouvelles dérivées du *phénate d'ammoniaque*, j'indiquais le *brome* et les *hypobromites*, comme des réactifs très-sensibles, propres à distinguer le phénate d'ammoniaque du phénate d'aniline.

Le phénate d'ammoniaque prend, en effet, une belle coloration bleue, sous l'influence de ces deux réactifs, et rien de semblable ne se présente avec le phénate d'aniline.

En cherchant depuis à établir expérimentalement dans quelles conditions de stabilité se soude la molécule *phénol* avec la molécule *ammoniaque* pour former un corps nouveau, jouissant des principales propriétés des acides, je fus conduit à chercher comment se comporte l'hypobromite de soude, en présence du phénol, sur les corps capables de donner de l'ammoniaque dans leur décomposition, et l'urée attira tout d'abord mon attention, tant à cause de son importance physiologique, que de l'actualité de son dosage.

Les mêmes essais furent répétés en présence de quelques corps dits antiseptiques, et, il résulte de mes expériences que ces corps peuvent être divisés en trois catégories, selon :

1° Qu'ils empêchent la décomposition de l'urée;

2° Qu'ils la ralentissent;

3° Qu'ils l'activent.

A la première catégorie appartiennent les antiseptiques facilement oxydables, tels que l'acide sulfureux, les sulfites et les hyposulfites, etc. L'iode se comporte de même : le dégagement d'azote ne commence qu'après la transformation complète de ces corps.

Parmi les substances organiques, l'*acide phénique* paraît tenir le premier rang. Ce corps ajouté à de l'urine, à une

Digitized by Google

solution d'urée, ou même à une solution d'ammoniaque, empêche le dégagement de l'azote sous l'influence de l'hypobromite de soude. L'action de ce dernier ne reprend son cours que lorsque le phénol a subi un certain degré d'oxydation, sans cependant qu'il soit possible de faire disparaître son odeur d'une manière complète. De cette façon une forte proportion d'hypobromite se trouve annulée.

Le chloral, que M. Personne a signalé dernièrement comme un antiseptique des plus puissants, se comporte différemment. Il n'annule pas l'action de l'hypobromite, mais il la ralentit d'une manière étonnante. La moindre trace d'hypobromite ajoutée au mélange dégagera de l'azote, mais pour arriver à la décomposition complète de l'urée, il faudra beaucoup plus d'hypobromite, comme si le chloral et l'urée, offrant une même force de résistance, étaient attaqués simultanément.

En agissant par exemple sur une urine type capable de laisser dégager 5 centim. cubes d'azote par centimètre cube d'urine avec 7 centim. cubes de liqueur titrée d'hypobromite, cette urine dans les mêmes conditions, ne dégagera plus que que 2 centigrammes et demi d'azote environ, après addition d'un gramme de chloral (je n'entends point donner aujourd'hui des chiffres rigoureux, ce travail n'étant pas achevé), le dégagement de gaz est sensiblement terminé au bout de quinze minutes.

En remplaçant l'eau par de l'alcool à 93° dans le dosage de l'urée, les phénomènes qui se passent sont du même ordre qu'avec le *chloral*, mais, cependant, un peu différents. 7 centim. cubes de liqueur d'hypobromite dégageront d'abord rapidement 2 centim. cubes 4/10 d'azote, puis la réaction se ralentira et le dégagement de gaz se continuera lentement pendant plus de deux heures, pour donner en tout 3 centimètres cubes 5/10 d'azote.

A la troisième catégorie correspondent les corps saturés d'oxygène ou oxydants, tels que le bichromate de potasse; son addition à l'urine permet à l'hypobromite de décomposer l'urée en quelques secondes.

Digitized by Google

DE L'INFLUENCE DES ANTISEPTIQUES SUR LE DOSAGE DU SUCRE.

La manière d'agir des antiseptiques sur le dosage de l'urée (voir les pages précédentes) m'avait fait supposer que ces corps influenceraient d'une manière quelconque le dosage ou l'essai du glucose. J'ai donc comparé les résultats obtenus avec la liqueur de Bareswill et avec le procedé d'essai au bismuth de Bœttger.

L'acide phénique en petite quantité n'empêche pas la réduction du sous-nitrate de bismuth en présence du glucose et de la potasse; mais un excès de phénol paralyse cette réduction et s'oppose même à la coloration du glucose par la potasse à chaud.

L'acide phénique, même en petite quantité, retarde aussi la réduction de la liqueur cupro-potassique; il se forme d'abord un précipité marron; néanmoins par une ébullition suffisamment prolongée, il sera toujours facile d'obtenir de l'oxyde rouge de cuivre.

Le bichromate de potasse, en fournissant de l'oxygène au sucre, préserve de la réduction le sous-nitrate de bismuth et la liqueur de Bareswill.

Certains corps très-oxydables, tels que les hypophosphites, retardent la coloration du glucose par la potasse à chaud et semblent au contraire activer la réduction du bismuth et du cuivre; ce qui s'explique aisément. L'hypophosphite attire sur lui l'oxygène que la potasse tend à fixer sur le sucre pour le brunir; mais en présence du sous-nitrate de bismuth l'oxygène de ce dernier est doublement sollicité et par l'hypophosphite et par le sucre.

Les hyposulfites activent aussi la réduction du bismuth, et se comportent différemment que les hypophosphites avec la liqueur cupro-potassique. L'ébullition d'un hyposulfite avec la liqueur de Bareswill n'amène pas de modification de la teinte bleue; mais une addition de glucose décolore rapide-

Digitized by Google

ment le liquide sans produire de précipité tout d'abord; et en prolongeant l'ébullition l'on obtient un dépôt noir qui paraît être en partie du sulfure de cuivre. Cette réaction peut servir de base à un nouveau procédé de dosage très-sensible du glucose. J'y reviendrai sous peu.

Le chloral ajouté à un mélange alcalin de glycose et de sous-nitrate de bismuth est d'abord rapidement détruit à chaud. On sait qu'en présence des alcalis ce corps se dédouble en chloroforme et acide formique.

La réduction du bismuth est empêchée tant que le dédoublement du chloral n'est pas complet : une fois terminé, la réduction du bismuth est très-rapide à la condition qu'il y aura un excès de potasse.

Le chloral du commerce réduit lui-même le bismuth avec presque autant d'intensité que le glucose.

La liqueur cupro-potassique sera au contraire préservée de toute réduction par un excès de chloral; le mélange restera limpide et bleu verdâtre, quelle que soit la quantité du glucose ajouté. De faibles doses n'empêchent pas la réduction.

Ces dernières observations sur l'action du chloral, qui à une époque peu reculée n'auraient eu aucune importance, en acquièrent aujourd'hui que ce corps s'administre si fréquemment. Des expériences sont commencées pour s'assurer jusqu'à quel point il faudrait tenir compte de la réduction du sous-nitrate de bismuth par les urines des malades soumis à ce genre de traitement.

Je terminerai en signalant un nouvel antiseptique aussi puissant que beaucoup d'autres.

Ayant eu à rechercher les produits de la fermentation du bois de campêche employé dans l'industrie, je me suis aperçu que la fermentation n'est pas possible dans une infusion de ce bois. Le ferment alcoolique est complètement paralysé.

Une urine en voie de décomposition additionnée de copeaux de ce bois a perdu subitement son odeur, et trente-cinq jours après présentait encore des cristaux d'urée.

La facilité d'oxydation de l'hématoxyline semble donner la clef de cette propriété anti-putride. Le bois de campêche agit

Digitized by Google

à l'inverse du permanganate de potasse et du bichromate de la même base : au lieu de brûler les corps avec lesquels il est en contact, il les préserve en se brûlant lui-même.

CYSTITE REBELLE ; VOMISSEMENTS INCOERCIBLES ; A L'AUTOPSIE, NÉPHRITE CALCULEUSE ANCIENNE ;

Par M. le docteur LUBANSKI, médecin aide-major de 1re classe.

M. L..., capitaine dans un régiment de ligne, entré à l'hôpital militaire de Lyon, le 17 septembre 1872, dans le service de M. le docteur Marmy, médecin en chef. Ce malade est âgé de quarante-huit ans, et s'est toujours bien porté, sauf des blennorrhagies tellement nombreuses, dit-il, qu'elles se succédaient presque sans interruption, mais toujours exemptes de complications.

Il entre à l'hôpital pour une cystite datant d'un mois seulement.

Les envies d'uriner sont fréquentes, impérieuses ; l'urine sort par jet, en petite quantité, et son passage est suivi d'une sensation de brûlure dans le canal, que le malade cherche à faire disparaître en se triturant la verge. La quantité émise en vingt-quatre heures est normale ; mais l'urine est trouble, foncée et acquiert promptement une odeur ammoniacale : elle contient un mucus blanchâtre, gélatineux, et qui se prend en une masse filante au fond du vase. Il se dépose en outre sur les parois des caillots fibrineux, comparables à des lambeaux de muqueuse, et entourant quelquefois de petites concrétions calcaires.

L'état général était satisfaisant, l'appétit modéré mais les digestions bonnes et le sommeil suffisant. On ne constata point d'écoulement par l'urèthre, soit qu'il n'existât pas d'uréthrite à ce moment, soit que le passage incessant de l'urine ne permît pas au pus de s'amasser. Mais on attribua d'emblée la cystite aux blennorrhagies antérieures, toujours négligées,

Digitized by Google

et les symptômes n'offrant rien d'anormal, on institua un traitement composé de baume de Tolu, de bols de térébenthine et de bains de siége quotidiens.

Ces moyens, longtemps continués, furent sans aucun effet. Les envies d'uriner, de plus en plus fréquentes, se transformèrent en un ténesme vésical très-pénible et continuel ; une vive douleur était ressentie au méat, et le malade, ainsi sollicité, se livrait, par intervalles de quelques minutes, à de violents efforts, tandis que la quantité d'urine émise à chaque tentative se réduisait à quelques gouttes. Le chiffre des vingt-quatre heures baissait aussi sensiblement. Quant au liquide, il était ammoniacal dès sa sortie de la vessie ; il avait une teinte rouge sale, comme de la lavure de chou, et contenait en plus grand nombre ces grumeaux pseudo-membraneux dont j'ai déjà parlé.

L'existence d'un calcul, soupçonnée dès le principe, ne fut pas confirmée par l'exploration de la vessie. Le cathétérisme, pratiqué par M. Marmy, permit de constater aussi qu'il n'y avait pas de rétrécissement. Pour laisser reposer l'estomac, qui devenait moins tolérant, on suspendit le traitement interne et l'on pratiqua des injections dans la vessie. La sonde d'argent pénétrait facilement et sans causer de douleurs dans le canal ; mais aussitôt que l'injection d'eau émolliente tiède arrivait dans la vessie, elle provoquait de violentes douleurs et un ténesme vésical intolérable, qui forçait à retirer la sonde. On fit ainsi une première fois deux séances seulement ; on y revint plus tard, et on pratiqua trois injections avec de l'huile d'amandes douces. Le malade ne put supporter ce traitement, qui fut abandonné sans avoir produit de résultats, ni en bien ni en mal. La quantité de liquide injectée chaque fois était très-peu considérable.

On revint alors aux balsamiques, en y joignant les frictions de pommade belladonnée sur le perinée, les lavements et les fomentations opiacées. Les bains de siége furent remplacés par de grands bains de très-longue durée, le tout sans amélioration. Au contraire, la cystite s'aggravait tous les jours. Le ténesme vésical, les efforts incessants qu'elle provo-

Digitized by Google

quait, la sensation de brûlure qui suivait le passage de chaque goutte d'urine, la pesanteur au périnée, et l'hyperesthésie de cette région, amenèrent de l'insomnie et un état nerveux très-prononcé, qui furent un peu amendés par le bromure de potassium et le chloral. Quant à l'urine, le mucus gélatineux qu'elle contenait au début avait bientôt disparu ; il y avait du pus en petite quantité, et les fausses membranes se déposaient au fond du vase, plus abondantes et plus nombreuses, toujours mêlées de petits caillots sanguins et de concrétions calcaires. Elles n'apparaissaient pas dans l'urine après son émission, et ne pouvaient être prises pour un dépôt muqueux ou purulent plus épais que d'habitude ; elles sortaient au contraire toute formée de la vessie, si bien que nous pensâmes tout d'abord, quoique avec beaucoup de réserve, à une exfoliation insolite de la muqueuse vésicale. A l'examen au microscope, je ne vis qu'une apparence granuleuse, sans éléments reconnaissables, ni globules purulents, ni cellules épithéliales. Plusieurs fois, le malade se plaignait pendant quelques heures d'un obstacle qui rendait plus difficile et plus pénible la sortie de l'urine qu'il exprimait, pour ainsi dire, goutte à goutte de sa vessie ; puis, redoublant d'efforts, il rendait une de ces fausses membranes plus volumineuse qui avait fait bouchon dans le canal, et dont l'expulsion le soulageait un peu. Une nuit même, dans les derniers temps de la vie, il fut pris subitement d'un ténesme et de douleurs plus intolérables que jamais, se leva, malgré sa faiblesse, et dans un paroxysme d'efforts, rendit un énorme paquet de fausses membranes qui avait dû remplir entièrement ce qui restait alors de la cavité vésicale.

Ces troubles très-graves de la vessie retentirent sur le voisinage, et pendant une période, le rectum fut affecté. Des matières fécales solides, amassées par la constipation, vinrent provoquer des efforts de défécation ; mais aussitôt qu'elles arrivaient à l'anus, les muscles constricteurs, participant à l'irritabilité et à l'hyperesthésie excessives de toute la région périnéale, entraient en jeu et empêchaient absolument le passage des matières. Malheureusement, le même motif s'oppo-

Digitized by Google

sait à l'usage des lavements, et le toucher rectal fut toujours refusé par le malade. Il dut, après de longues souffrances, y procéder lui-même, et trouva un peu de soulagement de ce côté.

Il me reste à parler de l'état général. J'ai dit qu'au début il était bon : sous l'influence de la douleur, le malade, d'un caractère enjoué et aimable, changea complètement; il devint nerveux, irritable, s'exaspérant par crises pour tomber ensuite dans la prostration, en proie à une sorte d'angoisses continuelles. Un pareil état ne tarda pas à réagir sur les fonctions digestives : l'appétit diminua d'abord ; puis les aliments solides furent vomis, jusqu'à ce qu'enfin, dans une période ultime d'environ quinze jours, aucun aliment, aucune boisson ne fut plus tolérée par l'estomac. Tous les remèdes, tous les changements de régime qu'on put imaginer restèrent impuissants et la mort, véritable mort par inanition, arriva le 16 novembre 1872.

Autopsie pratiquée le 18 *novembre, quarante heures après la mort.* — Le cadavre est émacié. La verge est allongée. On extrait la vessie et le canal de l'urèthre, qui sont ouverts par leur paroi supérieure. La muqueuse uréthrale est fortement injectée, livide dans toute la longueur du canal; mais en aucun point il n'existe de rétrécissement. La prostate est développée, sans dépasser toutefois le volume correspondant à l'âge du malade.

La vessie n'est pas plus grosse que la moitié du poing ; ses parois sont épaisses d'un centimètre, de consistance lardacée. Elle contient une cuillerée de pus brunâtre. La muqueuse, sur la paroi antéro-supérieure, a conservé son poli, mais avec une teinte ardoisée. Quant à la paroi inférieure, la muqueuse y a entièrement disparu; on ne trouve dans ce point qu'un détritus très-épais, formé d'une matière molle, blanchâtre, s'arrachant par lambeaux qui reproduisent exactement les fausses membranes expulsées pendant la vie. Le bas-fonds et le trigone vésical sont envahis par cette substance pultacée, au milieu de laquelle on ne peut distinguer les orifices des uretères.

Digitized by Google

Le rein droit a perdu le quart du volume normal ; sa forme est régulière. On pénètre dans le hile en fendant l'uretère, qui est dilaté, et l'on arrive dans une cavité anfractueuse formée par la dilatation du bassinet et des calices, et d'où s'écoule un flot de pus crémeux. On trouve en outre dans cette cavité quatre calculs, dont l'un volumineux, reproduisant la forme des calices. Leur consistance varie : l'un d'eux est formé entièrement d'une substance blanche, à texture cristalline, très-friable ; le plus gros, scié en deux, se compose d'une matière grise très-consistante, homogène, recouverte d'une couche d'une matière brune.

Voici les détails de l'analyse chimique du plus gros de ces calculs, telle que je la dois à l'extrême obligeance de M. Strohl, pharmacien-major à l'Hôpital militaire, professeur agrégé à l'ancienne Ecole de pharmacie de Strasbourg :

I. Une partie du calcul, finement pulvérisée, noircit par la chaleur, mais ne perd que très-peu par la calcination.

II. Une autre partie traitée par de l'eau bouillante, et filtrée à chaud, donne un liquide qui ne laisse qu'un faible résidu par évaporation.

III. Une troisième partie traitée par l'acide nitrique à chaud jusqu'à dissolution et ensuite par l'ammoniaque n'a pas donné la réaction de la murexide.

IV. Une autre partie traitée par l'acide acétique à chaud a cédé à ce dissolvant la plus grande partie de sa masse. Le liquide filtré, traité par l'ammoniaque, a donné un précipité blanc.

De plus, cette solution acétique donne avec le molybdate d'ammoniaque un précipité jaune caractéristique.

V. La partie insoluble dans l'acide acétique a été dissoute en grande partie par l'acide chlorhydrique étendu et bouillant, et cette solution a pu être précipitée de nouveau par l'acétate de soude.

VI. Une partie de la solution chlorhydrique traitée par l'acétate de soude en excès et ensuite par l'oxalate d'ammoniaque a donné un précipité blanc.

VII. La solution provenant de la séparation du précipité

Digitized by Google

de l'expérience précédente a donné un précipité par l'ammoniaque.

VIII. Une partie de la solution chlorhydrique traitée après concentration par le bichlorure de platine, a donné un précipité jaune cristallin caractéristique.

Conclusion. — Le calcul en question renferme peu de matière organique, et point d'acide urique ni libre ni combiné, mais se compose essentiellement d'acide oxalique, d'acide phosphorique, de chaux, de magnésie et d'ammoniaque, probablement sous la forme de phosphate de chaux, oxalate de chaux, phosphate ammoniaco-magnésien.

Quant à la cavité qui contenait ces calculs et le pus, elle est exactement limitée par la muqueuse très-épaissie des calices et du bassinet, mais ne pénètre point dans le parenchyme rénal; celui-ci existe encore à la périphérie de l'organe, diminué d'épaisseur de plus de moitié et d'une teinte uniforme blanchâtre.

Du côté gauche, le volume du rein est augmenté d'un tiers; en y pénétrant également par l'uretère, on arrive à une ampoule formée surtout aux dépens du bassinet, tandis que les calices ont leurs dimensions normales. Cette ampoule, dont la paroi est injectée et ulcérée, est remplie d'un mélange de pus et d'urine, et contient un calcul peu volumineux. Quant à la substance du rein, elle est aussi, dans quelques points, atrophiée et privée de sang; mais dans la plus grande partie elle conserve sa structure normale, et elle a visiblement augmenté de volume.

Le gros intestin contient des matières fécales ; la muqueuse y est grisâtre. Quant à l'intestin grêle, il est entièrement vidé, et réduit dans toute sa longueur au volume du petit doigt , la muqueuse, ainsi que celle de l'estomac, est d'une couleur cramoisie.

Les autres organes ne présentent rien à noter.

Voilà donc un malade qui a succombé avec les symptômes et les lésions d'une cystite, et chez lequel on trouve en outre, à l'autopsie, une pyélite double très-ancienne, au moins du

Digitized by Google

côté droit, et qui avait complètement échappé au diagnostic. Avant de chercher l'explication de cette erreur, il est juste d'établir qu'elle n'a pas nui au malade, et que la connaissance exacte de la lésion des reins n'aurait rien changé aux indications et au traitement. Lorsqu'il est arrivé à l'hôpital, la cystite, déjà bien établie, occupait toute la scène, et les détails de l'observation ont montré suffisamment quelle attention exclusive elle réclamait. Quant à la pyélite calculeuse, si elle a été méconnue, c'est qu'en réalité le malade, observé tous les jours avec soin, n'a jamais offert de symptômes subjectifs capables de nous faire soupçonner une lésion quelconque des reins. Pas de douleurs à la région lombaire, s'irradiant dans le testicule et dans le membre inférieur; jamais de coliques néphrétiques; pas de fièvre, ni cet ensemble de symptômes nommé phthisie rénale; rien de tout cela, ni pendant le séjour à l'hôpital, ni dans les antécédents : absence complète, en un mot, non-seulement des symptômes propres à la pyélite calculeuse, mais encore du moindre signe pouvant attirer l'attention du côté des reins. C'est donc un exemple, assez rare je crois, d'une pyélite calculeuse à lésions très-avancées, ayant évolué toujours silencieusement. Pour s'en rendre compte, il faut admettre, de toute nécessité, que les calculs formés dans les reins n'ont jamais quitté le bassinet, ou du moins qu'il ne s'est jamais engagé dans l'uretère de concrétion excédant le diamètre de ce conduit. Si leur présence dans le rein même n'a jamais produit de douleurs, il faut y voir une nouvelle preuve de leur développement très-lent et de l'ancienneté de la maladie, la muqueuse qui les contenait s'étant peu à peu épaissie sur eux et habituée à leur contact. Il faut bien remarquer que la lésion était limitée au bassinet et aux calices, qu'il y avait, en un mot, une pyélite double, mais point de néphrite. Le parenchyme des reins n'a pas subi de processus inflammatoire, et les symptômes généraux de la néphrite ont fait défaut. Dans le rein droit, le tissu propre s'est atrophié par l'obstacle qu'opposaient les calculs à l'excrétion de l'urine et par la pression du bassinet, transformé en une vaste collection purulente. Mais en

Digitized by Google

même temps le rein gauche, où la pyélite était beaucoup moins avancée, augmentait de volume par une compensation évidente. C'est là ce qui nous explique encore l'absence d'un symptôme important de la pyélite, la diminution de la quantité d'urine des vingt-quatre heures. Cette quantité, au début de la cystite, était normale ; et si plus tard l'urine a été peu abondante, on n'avait pas lieu de s'en étonner, puisqu'à cette époque le malade réduisait ses boissons au minimum dans la crainte des vomissements.

J'ai dit que les symptômes subjectifs de la pyélite avaient manqué. Il n'en est pas de même des symptômes objectifs, dont quelques-uns auraient pu nous mettre sur la voie. Je veux parler des concrétions de l'urine et de sa coloration par le sang. Les graviers venaient des reins, la vessie n'en renfermait aucun et le sang devait être fourni par la muqueuse ulcérée du bassinet du rein gauche; mais il faut avouer que ces deux signes, d'une importance capitale dans un ensemble de symptômes, ne suffisaient pas à eux seuls pour faire découvrir la pyélite ; d'ailleurs, l'un et l'autre ont pu être mis, avec toute apparence de raison, sur le compte de la vessie ; la décomposition de l'urine dans le réservoir même, et l'inflammation intense de la muqueuse auraient justifié largement et la production de graviers et l'exsudation du sang.

La cystite s'accordait à merveille avec les blennorrhagies sans nombre accusées par le malade. La simplicité de la maladie ainsi conçue n'était qu'apparente ; la pyélite, le terme intermédiaire et le plus important de la série, ne s'était pas révélée. Mais ici se pose une question : la pyélite a-t-elle été causée par les blennorrhagies ? Je serai porté à faire, dans le cas actuel, de grandes réserves sur ce point. Admettre une relation de cause à effet entre les uréthrites et l'inflammation des bassinets, ce serait admettre que la formation des calculs dans le rein n'a été que secondaire, tandis que dans la pyélite calculeuse, c'est autour du calcul que se développent toutes les lésions. D'ailleurs, j'avoue qu'après tant de blennorrhagies, et chez un homme âgé de quarante-huit ans, je m'attendais à trouver au moins un rétrécissement de l'urèthre, si léger

Digitized by Google

qu'il fût ; au contraire, le cathétérisme sur le vivant et l'autopsie ont montré le canal parfaitement libre. Ce fait m'a porté à en rabattre beaucoup du nombre et de l'importance de ces blennorrhagies, à en croire le récit un peu exagéré, et à négliger leur influence dans la production de la pyélite ; celle-ci, selon moi, s'est développée primitivement et de longue date, exempte de symptômes locaux, sans réaction sur l'organisme, parce que les reins s'étaient suppléés, mais provoquant en dernier lieu cette cystite rebelle dont le retentissement sur les fonctions digestives a emporté le malade.

La cystite est notée comme complication de la pyélite ; mais je n'ai pas trouvé d'observation où elle eût atteint une telle gravité. Une objection se présente encore : la cystite ne s'est-elle pas développée isolément ? Ce que j'ai dit des blennorrhagies me fait rejeter cette hypothèse. Il me semble plus rationnel de considérer la cystite comme le résultat de l'irritation de la vessie par le pus, qui lui était versé à flots par le rein droit et par les graviers. Cette cystite a présenté comme caractères particuliers ces fausses membranes si développées, qui sortaient avec l'urine, et dont le point de départ s'est retrouvé au bas-fond de la vessie. On doit sans doute les considérer comme le résultat d'une transformation du pus dans la vessie, par son mélange avec l'urine, et au contact de la paroi vésicale enflammée et ulcérée, transformation dont la raison chimique ne m'est pas connue.

Un fait qui donne beaucoup de valeur à cette manière de voir, c'est la très-petite quantité de pus en nature qu'on a toujours observée dans l'urine, opposée à cette vaste collection purulente que présentait le rein droit.

Cette observation m'a paru assez intéressante, au point de vue du diagnostic et de l'anatomie pathologique, pour vous être soumise. Mais elle vaudra surtout si elle peut nous donner la base de quelque déduction pratique. Or, les faits que je viens d'exposer me paraissent aboutir aux conclusions suivantes :

1° La pyélite calculeuse peut exister à un degré très-avancé

Digitized by Google

sans s'être manifestée jamais par un ensemble de symptômes suffisant pour la faire soupçonner.

2° La pyélite peut provoquer par elle-même une cystite aiguë assez grave pour entraîner la mort.

La gravité de cette cystite et sa résistance à tous les moyens de traitement tiennent à la persistance de la cause, c'est-à-dire à l'irritation incessante de la vessie par le pus venant des reins : c'est là ce qui explique l'insuccès de toutes nos tentatives.

Sur quels signes pourra-t-on, dans un cas de ce genre, remonter à la véritable source de la cystite ? Le diagnostic de l'affection des reins sera certainement fort difficile toutes les fois qu'elle restera aussi complètement négative que dans notre observation. Toutefois, étant donnée une cystite survenue chez un homme d'un certain âge, résistant aux médications les plus rationnelles et s'aggravant toujours, sans qu'on puisse la rattacher ni à un calcul vésical, ni à un rétrécissement de l'urèthre, ni à une hypertrophie de la prostate, ni à une tumeur de la vessie, on pourra supposer qu'elle se lie à une pyélite calculeuse, et chercher dans ce sens le complément du diagnostic et les indications complémentaires du traitement.

TUBERCULOSE MILIAIRE PRISE POUR UNE FIÈVRE TYPHOÏDE ; TRAITEMENT PAR LES BAINS FROIDS ; MORT ;

Par M. Savy, interne des hôpitaux.

J'ai l'honneur de présenter à la Société de sciences médicales l'observation d'une femme jugée atteinte de fièvre typhoïde, traitée comme telle par les bains froids et chez laquelle l'autopsie a révélé l'existence d'une granulie aiguë.

Cette malade, âgée de trente-cinq ans, entrée à l'hôpital de

Digitized by Google

la Croix-Rousse, le 27 février 1874, dans le service de M. Laure, suppléé pendant son absence par M. le docteur Clément.

Voici en quelques mots cette observation : Bonne santé antérieure, menstruation un peu irrégulière depuis quelques mois.

Il y a quinze jours, cette malade prit froid, eut des frissons répétés, accompagnés de courbature, de lassitude générale, de fièvre, etc. Elle se mit à tousser. Elle put cependant à force de courage continuer ses occupations journalières. Mais six jours avant son admission à l'hôpital, elle vit ses forces diminuer et la fièvre augmenter. Elle fut obligée de se mettre au lit.

Voici ce que l'on constate chez cette malade, lors de son entrée dans la salle : Elle a une céphalalgie très-intense, des bourdonnements dans les oreilles, de la surdité, des vertiges et un affaiblissement de la mémoire. Les pupilles sont égales, mobiles et dilatées normalement. Pas de photophobie. Les traits de la face sont abattus sans être stupides.

La percussion dénote une sonorité normale dans les deux poumons et l'auscultation ne révèle que quelques râles humides disséminés. L'expectoration est muqueuse et aérée.

Les battements du cœur sont normaux. Le pouls est petit, sans être dur. Depuis la veille, la malade a une épistaxis qui semble toucher à sa fin.

La langue est large, étalée, non tuméfiée, uniformément blanche, légèrement humide. La pression au creux épigastrique et dans les fosses iliaques n'éveille aucune douleur. Pas de constipation, ni diarrhée. Nausées, mais jamais de vomissements.

Notons enfin une angine dont la malade se plaint depuis huit jours. Peau chaude.

La température, prise à partir du lendemain matin, ne s'est jamais élevée au-dessus de 39° 9/10, et durant trois jours consécutifs, la ligne des sommets au lieu d'être ascensionnelle a été descendante.

Pendant les trois jours suivants, les symptômes restèrent

Digitized by Google

toujours les mêmes, on ne note qu'un peu de gargouillement dans la fosse iliaque droite.

Le 3 mars, c'est-à-dire le cinquième jour de l'admission de la malade, la céphalalgie était toujours intense, la face vultueuse, les traits immobiles, point de délire, point d'agitation. Les pupilles normalement dilatées. La pression déterminait une douleur obtuse dans la fosse iliaque droite. La langue devenait fuligineuse.

M. Clément demande l'avis de ses collègues de l'hôpital qui depuis deux jours voyaient la malade, et devant la persistance de symptômes tendant plutôt à s'aggraver qu'à s'améliorer, on résolut d'employer les bains froids.

Depuis lors la malade prit régulièrement des bains. Le second jour il y eut un peu d'amélioration; la malade ne se plaignait plus de ses maux de tête. Le troisième jour, elle prit un peu d'appétit. Mais le cinquième jour elle présenta dans le bain des symptômes très-vifs d'agitation, au point qu'il fallut employer la force pour l'y maintenir. Le matin même on supprimait les bains. En même temps on remarquait une immobilité et une inégalité des pupilles, la gauche étant plus dilatée. L'œil gauche se fermait incomplètement. Depuis la veille la malade en marchant inclinait à droite. Il n'y avait pas de déviation des traits de la face. A ces symptômes se joignaient encore de la mussitation, un peu d'apathie intellectuelle et des soubresauts de tendons.

L'auscultation était difficile et ne dévoilait que quelques râles sibilants disséminés, et point de souffle tubaire.

On fit donner une potion au musc et maintenir les compresses froides sur le front.

Le lendemain les symptômes s'étaient aggravés et la malade mourait dans un coma rapide.

L'autopsie faite en présence des chefs de service de l'hôpital a révélé les lésions suivantes :

Cerveau. — La surface du cerveau est fortement congestionnée; sur la convexité on n'aperçoit pas de traces d'exsudation. A la base, apparence laiteuse des méninges, principalement au niveau de l'hexagone où l'on trouve un exsudat

Digitized by Google

fibrineux. Au-dessous de cet exsudat, les vaisseaux sont blanchâtres et présentent de fines granulations grises sur leurs parois. Un autre exsudat méningé, moins considérable, siége au niveau de la protubérance et à l'émergence des nerfs qui partent du bulbe. D'assez nombreuses granulations grises se retrouvent çà et là dans les scissures de Sylvius et autres parts.

Intestin. — Dans l'iléum, trois ou quatre petites ulcérations. Dans sa dernière portion deux ulcérations plus grandes, à direction transversale, assez irrégulières. Au niveau de ces plaques et sur la séreuse péritonéale se trouve un semis de granulations grises.

Poumons. — Les deux poumons sont légèrement adhérents. Dans les parties supérieures ils sont un peu indurés; ils sont l'un et l'autre criblés de granulations grises, soit dans le parenchyme, soit sur la plèvre. Dans la partie moyenne du lobe supérieur, on trouve une ou deux de ces granulations ayant subi la fonte caséeuse et formé des cavernules de la grosseur d'un petit pois au plus.

Qu'il me soit permis d'ajouter quelques remarques sur la marche bizarre de la température avant et après le bain. En effet, la température (prise dans l'aisselle) n'a jamais atteint 40°, et dès le second bain elle est descendue à 38° 2/10. Or, jamais dans la fièvre typhoïde, s'annonçant avec des symptômes graves, comme ceux que présentait cette malade, on a eu l'occasion de suspendre des bains avant le cinquième ou le sixième jour. Cette marche anormale de la température, dit M. Brand, doit faire porter des réserves sur le diagnostic. En effet, on lit dans son ouvrage *(Hydrotherapie des typhus)* que mon collègue M. Glénard a bien voulu me communiquer, un parallèle entre les bains froids dans la fièvre typhoïde et la tuberculose miliaire. Dans la tuberculose miliaire, dit M. Brand, la température est basse et ne présente pas d'élévation après le bain, tandis que dans la fièvre typhoïde la température est au-dessus de 40° et s'élève après le bain. Enfin, dans la tuberculose miliaire, il y a persistance et accroisse-

Digitized by Google

ment des symptômes cérébraux, tandis que dans la fièvre typhoïde ils vont en s'amendant.

DISCUSSION.

M. CLÉMENT. Cette malade présentait tous les symptômes d'une fièvre typhoïde : céphalalgie très-vive, épistaxis répétées, douleurs dans la fosse iliaque droite ; elle eut même de la diarrhée, à la suite il est vrai de l'administration d'un purgatif, mais pas de taches rosées. Les symptômes thoraciques furent presque nuls, à peine quelques râles sibilants et muqueux ; pas de vomissements. Ce n'est que plus tard qu'elle offrit de signes positifs de méningite spinale.

M. Clément ne croit pas que la médication par l'eau froide ait été défavorable à cette malade, les symptômes thoraciques ne présentèrent aucune exacerbation, et la céphalalgie atroce dont la malade se plaignait beaucoup disparut au bout de deux jours de traitement par les bains froids.

M. FRANÇAIS. J'ai vu cette malade trois jours avant M. Clément ; je ne trouvai pas de signes certains de fièvre typhoïde, et je pensai même à une méningite simple, idée que j'abandonnai plus tard pour me ranger pleinement à l'avis de mes collègues, qui crurent à l'existence d'une fièvre typhoïde.

A propos de cette erreur de diagnostic, je parlerai d'une erreur du même genre qui m'est personnelle et qui est très-instructive à plusieurs points de vue. Il s'agit d'un malade qui entra dans mon service avec une pneumonie à forme typhique datant de quatre jours. Les signes de pneumonie étaient peu marqués, il n'y avait pas de souffle bronchique ; les autres symptômes simulaient assez bien ceux d'une fièvre typhoïde. Induit en erreur par une idée préconçue, car on était alors en plein règne de la fièvre typhoïde, je fis appliquer à ce malade le traitement de Brand. Après quatre jours de bains, huitième jour de la maladie, la température tomba complètement, le malade entra franchement en convalescence et fut bientôt guéri.

M. DEBAUGE pense que la marche de la température aurait peut-être pu éclairer le diagnostic, car on voit sur le tracé de la malade de M. Savy que la température tend à baisser à partir du huitième jour, ce qui ne se voit pas dans une fièvre typhoïde.

M. ICARD croit que l'on a peut-être exagéré la valeur du thermomètre comme moyen de diagnostic ; ainsi voilà deux erreurs que le thermomètre n'a pas empêchées, un cas de granulie et un cas de pneumonie pris pour des fièvres typhoïdes ; il demande à ceux de ses collègues qui font grand usage du thermomètre quel degré de confiance on peut accorder à la thermométrie dans le diagnostic de la fièvre typhoïde.

Digitized by Google

M. Clément fait remarquer que chez la malade de M. Savy la température a été prise dans l'aisselle, ce qui a empêché d'accorder une valeur trop absolue au léger abaissement de température que la malade a présenté du huitième au dixième jour. Cet abaissement n'a été du reste que de trois dixièmes de degrés en trois jours, et le thermomètre n'est pas descendu le soir au-dessous de 39°5. Ce qui peut différencier la fièvre typhoïde de la tuberculose généralisée à forme typhoïde, c'est la marche irrégulière de la température dans la tuberculose, qui peut présenter d'un jour à l'autre une élévation ou une chute d'un degré. La malade de M. Savy avait 38°5 au matin le jour de son entrée, et le soir 39°8; la température ne s'élève pas aussi brusquement dans la fièvre typhoïde, et M. Clément aurait affirmé qu'il ne s'agissait pas d'une fièvre typhoïde si la température n'avait pas été prise dans l'aisselle.

M. Icard. Le travail de M. Forel, basé sur plusieurs centaines d'expériences, tend à prouver que la thermométrie de l'aisselle n'est pas dépourvue de valeur si l'on veut s'astreindre à quelques précautions. Il faut, au moment de la visite, faire tenir au malade le bras rapproché du tronc, et au bout de dix à quinze minutes introduire à frottement le thermomètre dans l'aisselle; deux minutes suffiront alors pour avoir l'élévation maximum du thermomètre. M. Icard retire de bons résultats de ce procédé qu'il emploie toujours, à moins qu'il ne puisse prendre la température rectale, ce qui est loin d'être le cas le plus fréquent.

M. Clément préfère laisser le thermomètre dix à quinze minutes dans l'aisselle. On ne peut accorder une valeur absolue à la température prise dans l'aisselle, car elle présente toujours avec la température rectale une différence variable suivant l'âge du sujet, son état de maigreur ou d'embonpoint, et qui peut aller jusqu'à un et même deux degrés.

ZONA CERVICAL;

Par M. le docteur H. Coutagne.

M. H. Coutagne présente une malade atteinte de *zona cervical*. C'est une jeune fille de dix-sept ans, qui a commencé à ressentir le 1er avril des douleurs assez vives le long des branches du plexus cervical droit, en même temps que des prodromes fébriles analogues à ceux d'un embarras gastrique. Le 3 avril, commencement de l'éruption herpétique, dont les vésicules sont remplacées aujourd'hui par des

Digitized by Google

croûtes. L'éruption est remarquable par sa localisation très-nette le long de toutes les branches du plexus cervical superficiel antérieur, tandis que sur le trajet des branches postérieures des paires cervicales, et en particulier du grand nerf occipital; l'éruption ne franchit du reste en aucun point la moitié droite du corps. Les symptômes fébriles se sont vite amendés, et la névralgie elle-même est très-tolérable.

C'est la première fois que la malade a des phénomènes cutanés analogues ; mais à l'âge de treize ans, avant l'établissement de ses règles, elle a souffert à plusieurs reprises (huit fois environ) de phénomènes douloureux paraissant se rattacher à la névralgie faciale, accompagnés de congestion de la conjonctive et d'épistaxis et durant cinq jours environ, pour cesser tout à coup sans cause apparente et sans traitement. La mère de cette malade serait sujette encore aujourd'hui à des névralgies semblables, sans avoir jamais eu des éruptions cutanées.

M. H. Coutagne croit que, eu égard à l'âge de la malade et à la marche rapide de la maladie, le zona disparaîtra sans laisser les cicatrices ni les douleurs d'une ténacité si grande qu'on rencontre souvent dans des affections analogues à un âge plus avancé.

DISCUSSION.

M. Horand croit à la nature arthritique de l'affection, à cause des migraines que la malade a présentées dans son adolescence.

M. Coutagne croit que sa malade a eu une névralgie et non une migraine, et que l'éruption n'a besoin pour être expliquée que de la présence de la névralgie faciale.

Digitized by Google

CARIE DU ROCHER AVEC PARALYSIE DU NERF FACIAL ;

Par M. le docteur MORAT.

Chez un homme affligé de surdité depuis 25 ans environ, et mort phthisique, la paroi interne de la caisse du tympan est détruite, et l'on voit à ce niveau une cavité tapissée de bourgeons charnus exubérants, mais pâles. C'est le résultat d'une carie du rocher due probablement à la tuberculisation. Le malade présentait de son vivant une paralysie des muscles innervés par le nerf facial, y compris l'orbiculaire des paupières, ce dernier fait indiquant une paralysie de nature périphérique, et non pas de nature centrale ; point de paralysie des muscles du palais ni de la langue. Le nerf facial examiné au microscope commence à présenter des lésions indiquant la dégénération au-dessous du ganglion géniculé. Dans le point où la carie existe, le nerf est interrompu, et les deux bouts n'en sont réunis que par quelques filets très-lâches ; mais il est à noter que cette interruption n'existe qu'au-delà de la naissance des nerfs grand et petit pétreux superficiels ; ce qui explique la persistance des mouvements du voile du palais. La corde du tympan est dégénérée. Cette dégénération s'explique par la séparation du nerf de son centre trophique, qui réside dans le bulbe, comme l'ont démontré les expériences de Waller. Ce nerf étant un dilatateur vasculaire, sa lésion n'a paralysé aucun muscle de la langue.

DISCUSSION.

M. AUBERT pense que la paralysie dans ce cas peut s'expliquer par la compression du facial dans son canal osseux, compression précédée de l'inflammation et du gonflement du nerf.

M. MORAT croit que l'inflammation du nerf seule paraît avoir déterminé la paralysie, car la cavité osseuse était agrandie.

M. H. MOLLIÈRE rappelle les travaux de M. Michaud sur l'état du rocher et des nerfs dans la surdi-mutité. Cet auteur, en effet, a vu les branches des nerf auditifs enflammées à la suite d'une ostéite du rocher.

Digitized by Google

PHÉNOMÈNES OPHTHALMOSCOPIQUES QUI ACCOMPAGNENT LA MORT;

Par M. le docteur J. GAYAT.

Sans vouloir soulever la question de priorité, mais pour prendre rang parmi les travaux relatifs aux signes ophthalmoscopiques de la mort, le docteur J. Gayat communique à la Société des sciences médicales le résumé succinct d'études qu'il continue depuis plusieurs années : 1° sur des malades près de mourir et pendant l'agonie ; 2° sur les mêmes sujets et sur d'autres plus nombreux transportés au dépôt des morts ; 3° sur les yeux de Perret, Vuillard, Vachot et Seringer, décapités à Lyon ; 4° sur des animaux mis à mort de façons différentes.

Sur les cadavres du dépôt, il s'est montré un signe très-fréquent, mais non constant, c'est la disparition plus ou moins complète des vaisseaux veineux et artériels au-devant du disque papillaire, disparition qui se limite très-exactement et brusquement à ce qu'on est convenu d'appeler la limite sclératicale de la papille. Mais la disparition par places ou l'étranglement de la colonne sanguine, ainsi que l'effacement à peu près complet d'un ordre de vaisseaux (artères) ont apparu plus rarement et à des époques plus variables à partir du moment du décès. Il en est de même de l'infiltration rétinienne. Dans bien des cas, d'ailleurs, le système vasculaire s'est montré normal six à sept heures après la mort.

Quant aux décapités, M. J. Gayat a vu se reproduire dans la rétine examinée à des intervalles rapprochés l'interruption plus ou moins complète des branches vasculaires au-devant de la papille, la disparition presque totale du système artériel et l'interruption par places de la colonne veineuse. A mesure que ces phénomènes se montraient, la rétine était envahie par une infiltration partant du centre et qui empêchait d'étudier ensuite les troubles vasculaires de la choroïde. Un signe

Digitized by Google

important observé chez deux décapités a consisté dans l'apparition graduelle d'une petite tache rouge au niveau de la macula. On observe ce dernier signe chez le vivant, dans des cas d'embolie de l'artère centrale du nerf optique, maladie qui s'accompagne parfois de l'étranglement apparent et par places des vaisseaux périphériques.

En somme, pour M. J. Gayat et en dehors des interprétations très-nombreuses qu'on peut en donner, toutes ces manifestations semblent soumises à l'influence de causes extérieures, telles que les dispositions anatomiques du fond de l'œil, la température de la salle de dépôt et surtout le genre de mort; aucune ne lui paraît assez constante, soit sous le rapport de la fréquence, soit relativement à l'époque de son apparition, à partir du moment de la mort, pour pouvoir être regardée comme un signe utile et absolument certain de la cessation *récente* (ce qu'on demande) des phénomènes de la vie.

SURDITÉ GUÉRIE PAR LE PROCÉDÉ DE POLITZER;

Par M. le docteur ICARD.

M. ICARD communique une observation de surdité guérie par le procédé de Politzer.

Ce procédé consiste dans l'insufflation d'une plus ou moins grande quantité d'air dans la cavité naso-pharyngienne pendant l'acte de la déglutition. Voici comment il s'exécute : on introduit dans une des narines le tube rigide adapté à un ballon en caoutchouc, puis les narines étant hermétiquement fermées, on presse vivement à l'aide d'une main ce ballon au moment précis où le malade avale sa salive ou une gorgée de liquide qu'il garde dans sa bouche et qu'il avale sur l'ordre du chirurgien. A ce moment, la cavité naso-pharyngienne se trouvant close en avant par la fermeture des narines, en arrière par le voile du palais, l'air insufflé à l'aide du ballon

Digitized by Google

tend à s'engager dans les trompes d'Eustache, dont les orifices sont dilatés par la contraction des muscles péri-staphylins internes. Pour réussir cette petite opération, il est donc bien important de faire coïncider la douche d'air avec le mouvement de déglutition.

C'est ce procédé de Politzer que M. Icard a mis en usage chez une jeune fille de dix ans, forte et bien constituée, devenue sourde des deux oreilles, à la suite d'un léger catarrhe naso-pharyngien. Elle entendait la montre à 3 ou 4 centimètres de l'oreille et ne pouvait suivre que très-imparfaitement les leçons de ses maîtres. Le conduit auditif était libre et n'était le siége d'aucun écoulement. (L'introduction de l'éther dans le conduit auditif, les purgatifs, l'application de petits vésicatoires derrière les oreilles, le sirop d'iodure de fer et les bains sulfureux employés successivement pendant environ un mois n'amenèrent aucun résultat.)

M. Icard, soupçonnant une obstruction de la trompe d'Eustache, et vu les résultats négatifs donnés par les procédés de Toynbee et de Valsalva, mit en usage celui de Politzer, qui est à la fois un moyen de diagnostic et de traitement. La première insufflation d'air ne produisit aucun effet. A la seconde, la malade accusa un craquement et une sensation douloureuse dans l'oreille droite, et immédiatement la montre fut entendue à 20 centimètres. Encouragée par ce résultat, la jeune fille accepta une troisième insufflation et entendit après le bruit de la montre à plus de 40 centimètres. Le lendemain, nouvelles insufflations pratiquées à l'aide d'un ballon en caoutchouc d'une capacité plus grande, craquement et sensation douloureuse dans l'oreille gauche, et possibilité d'entendre la montre à plus de 20 centimètres. Les jours suivants, on pratiqua encore quelques insufflations en vue de mieux assurer le résultat obtenu.

L'ouïe, qui était presque complètement perdue depuis deux mois, est complètement revenue et est demeurée parfaite depuis ce jour.

Nul doute, ajoute M. Icard, que la surdité ne fût due, dans ce cas, à l'obstruction de la trompe d'Eustache par une accu-

Digitized by Google

mulation de mucus. La rapidité et la persistance de la guérison confirment ce diagnostic et recommandent à l'attention du praticien le procédé ingénieux de Politzer. (*Pour plus de détails sur ce procédé, lire une leçon clinique de Tillaux*, IN *Bulletin de thérap.* de 1873, et le *Traité de pathologie externe*, de Duplay, t. IV, p. 10).

DISCUSSION.

M. DEBAUGE croit qu'on pourrait simplifier le procédé opératoire en supprimant le mouvement de déglutition.

M. FOCHIER a eu à se servir sans succès du procédé de Politzer dans trois ou quatre cas; la supériorité de ce procédé sur celui de Valsalva, qui n'est autre que celui de M. Debauge, tient à ce qu'il entr'ouvre la trompe d'Eustache.

M. DEBAUGE réserverait son procédé pour les cas les plus simples.

M. DUPUY insiste sur l'importance de ces procédés simples, si on les compare au cathétérisme de la trompe d'Eustache. Quant à l'auscultation comme moyen de s'assurer de la pénétration de l'air dans la caisse du tympan, il ne croit pas à son utilité, vu la similitude des bruits pharyngiens et de ceux qui peuvent se produire dans l'oreille moyenne.

BASSIN OBLIQUE OVALAIRE;

Par M. LEMOINE, interne des hôpitaux.

M. LEMOINE, interne des hôpitaux, présente un *bassin oblique ovalaire.*

Ce bassin a été trouvé à l'autopsie d'une jeune fille de vingt ans, qui, après avoir supporté beaucoup de misère pendant le siége de Paris, commença à ressentir de vagues douleurs qui, partant du sacrum, s'irradiaient tout le long du membre inférieur droit. Elle put cependant travailler jusqu'au mois d'août 1872, époque à laquelle des souffrances trop fortes et la présence d'un abcès au milieu de la face latérale de la cuisse l'obligèrent à entrer à l'hôpital de la Croix-Rousse, service de M. Fochier.

Digitized by Google

Ce chirurgien, trouvant de nombreux décollements sous-musculaires, sans pouvoir constater aucune lésion osseuse du fémur, fut amené à diagnostiquer une ostéite du bassin, sans toutefois pouvoir affirmer le point malade, car la pression ne déterminait aucune douleur nettement localisée.

A l'autopsie, en suivant le trajet des décollements, nous arrivâmes sur un point de carie osseuse à la partie interne de l'épine iliaque postérieure et inférieure, ayant aussi atteint le sacrum. Il y avait là une cavité assez petite, contenant des séquestres et du pus qui avait produit des décollements du ligament antérieur. Cette lésion, en somme peu étendue, avait suffi pour amener l'ankylose complète de l'articulation sacro-iliaque droite, d'où déformation de cet os, et comme conséquence bassin oblique ovalaire.

Le bassin est petit; les diamètres de l'excavation sont faiblement diminués. La lésion principale porte sur l'aile du sacrum et l'os innominé. La synostose est parfaite entre ces deux os. Toute trace de cartilage a disparu. L'aile du sacrum est moins développée que celle du côté opposé de 0,01 cent. environ.

Le sacrum est dévié du côté de la synostose; sa face antérieure regarde un peu l'os iliaque atteint. La symphyse pubienne ne correspond plus exactement au milieu de l'angle sacro-vertébral. La surface interne de la paroi latérale du bassin est moins concave et plus aplatie que celle du côté opposé. Les diamètres du détroit supérieur sont les suivants :

Antéro-postérieur.....	9 centim.
Oblique droit.....	11
Oblique gauche.....	12
Transversal	10 1/2
Du milieu du promontoire à la cavité cotyloïde gauche	0,082mm
Du milieu du promontoire à la cavité cotyloïde droite	0,068
De l'articulation sacro-iliaque droite à l'ischion gauche	0,14 c.

Digitized by Google

De l'articulation sacro-iliaque gauche à l'ischion droit 0,12

Nous avons donc bien là un bassin rétréci oblique ovalaire, si bien décrit par Nægelé, Hohl, Thomas. Je n'ai rien à ajouter à leurs descriptions. Mais ce qui m'a paru intéressant dans cette pièce et digne d'être signalé, c'est cette synostose survenue à la suite d'une lésion osseuse siégeant encore assez loin de l'articulation, et survenue à un âge (dix-sept ans environ) où l'on peut regarder le bassin de la femme comme à peu près complètement développé.

Dans sa monographie, Thomas dit que l'ankylose survenant à la puberté, n'amène qu'une simple atrophie des parties osseuses voisines. Cette observation est en contradiction formelle avec les faits avancés par cet illustre accoucheur, car ici nous n'avons pas une simple atrophie, mais bien une déformation en masse de l'os iliaque droit, ce qui tendrait à prouver que tant que le bassin n'a pas atteint son complet développement, c'est-à-dire que tant que le squelette n'est pas complètement ossifié, l'ankylose sacro-vertébrale produit des déformations portant sur tout l'os iliaque, mais de moins en moins prononcées à mesure que ce dernier atteint son développement complet.

DISCUSSION.

M. Fochier fait remarquer qu'au point de vue de la forme du détroit supérieur ce bassin, tout en méritant le nom d'oblique ovalaire, est construit sur un type différent de celui de Nægelé. On peut en effet sur un bassin normal admettre deux détroits supérieurs, tous les deux elliptiques à grand axe constitué par les deux diamètres obliques. Dans certains bassins anormaux, parmi lesquels l'oblique ovalaire de Nægelé, il n'y a plus qu'un détroit supérieur. Dans celui qu'on présente à la Société, la dualité du détroit supérieur persiste, la tête pourrait se présenter suivant les deux obliques, et les deux détroits envisagés isolément sont déformés. L'unicité du type oblique ovalaire n'est pas aussi absolue que le disent les traités classiques.

Digitized by Google

M. Colrat fait une communication sur le dicrotisme.

DISCUSSION.

M. Clément demande comment M. Colrat s'est assuré qu'il n'y avait pas de retour du sang vers le cœur au moment du dicrotisme.

M. Colrat rappelle que dans sa communication sur le double souffle artériel, il a donné la preuve directe par les mouvements de l'hémodromographe qu'il n'y avait pas d'ondée centripète.

M. Soulier dit que dans le cas d'athérome avancé de l'aorte, le dicrotisme ne peut s'expliquer que par le reflux, puisque M. Colrat l'explique dans les autres cas par l'élasticité de l'aorte et des grosses artères, d'autant mieux que l'élasticité des artères périphériques est relativement conservée. M. Colrat a insisté sur les difficultés de l'explication du dicrotisme dans le cas d'athérome aortique; mais il ne voit pas comment l'ondée sanguine en retour trouverait à se loger dans l'aorte indilatable.

DEUX CAS DE SYPHILIS.

M. Gailleton fait une communication sur deux faits de syphilis; l'un relatif à un cas d'hépatite gommeuse et de péritonite sur une femme; l'autre à un cas de diagnostic de syphilis infantile héréditaire, qu'il a fondé sur la présence d'un érythème squameux diffus des régions plantaire, palmaire ou fessière, et sur un autre cas de chancre primitif sur la langue d'un nourrisson de sept mois.

DISCUSSION.

M. Conche demande si la péritonite ne pourrait pas être attribuée à à une blennorrhagie profonde remontant jusqu'au péritoine.

M. Gailleton. La malade ne présentait pas de blennorrhagie.

M. Dupuy demande si l'érythème de l'enfant correspond à des accidents tertiaires ou secondaires chez les parents.

M. Gailleton. Le cycle de la syphilis héréditaire est le même, quelle que soit la période de la syphilis des parents.

Digitized by Google

M. Dron demande si M. Gailleton pense que la syphilis infantile ait une évolution fixe et régulière, ce qui semblerait ressortir de ses paroles.

M. Gailleton admet l'irrégularité de l'évolution de la syphilis infantile, et serait tenté de la rattacher à des conditions diverses, tels que la syphilis du père ou de la mère, les traitements suivis par l'un ou par l'autre, etc. La gravité de la syphilis de l'enfant tient du reste moins aux manifestations cutanées qu'aux lésions profondes, inaccessibles à l'examen et de nature gommeuse en général, qui peuvent être primitives.

M. Dron rappelle un cas où il a observé un testicule syphilitique chez un nouveau-né, ce qui est un exemple de gomme précoce.

M. Conche croit que la syphilis de l'enfant est d'autant plus grave que la transmission se fait au moment de la conception ou à un moment très-rapproché.

PRÉSENTATION.

M. Chandelux présente une malade, opérée avec succès, par l'ouverture à la pâte de Canquoin, d'un kyste hydatique du foie, dans le service de M. Chavanne, à l'Hôtel-Dieu.

DISCUSSION.

M. Icard. La persistance d'une fistule en continuité avec une cavité même petite, doit rendre réservé sur le pronostic. Un malade, qui a été présenté à la Société il y a six mois et qui était dans des conditions analogues, est mort un mois après, et cependant dans une statistique il figurerait parmi les succès. Il est donc désirable que M. Chandelux nous fasse connaître ultérieurement le résultat de l'opération.

TUMEUR LACRYMALE GAZEUSE.

M. Fochier relate une *observation de tumeur lacrymale gazeuze.*

DISCUSSION.

M. J. Gayat croit qu'on aurait pu se contenter pour obtenir la guérison de cathétériser le canal nasal et de comprimer la tumeur. Il ne s'explique

Digitized by Google

pas comment l'air qui, dans l'expiration forcée, venait gonfler la tumeur, ne sortait pas par les points lacrymaux.

M. Fochier. L'étendue de la surface muqueuse anormalement développée interdisait l'espoir de la voir revenir suffisamment sur elle-même par les seuls effets de la compression. La saillie du canal lacrymal dans l'intérieur du sac explique comment ses parois s'adossaient par l'effet de l'augmentation de la pression dans l'intérieur de la tumeur, et par suite l'occlusion exacte des conduits lacrymaux.

PUSTULE MALIGNE DE LA FACE;

Par M. Eugène Vincent, interne des hôpitaux.

Le malade qui fait l'objet de cette observation se nommait Jean Levrat, âgé de 47 ans, né à l'Isle-d'Abbeau (Isère), exerçant la profession de voiturier à Bourgoin.

Le 28 mars dernier, Jean Levrat ramenait son attelage à Bourgoin, lorsque, aux abords de cette ville il éprouva, dans la région temporale droite, une douleur subite comparable à la piqûre d'une guêpe ou d'un taon. Sa main se porta vivement vers le point attaqué, mais n'atteignit pas la mouche malfaisante, et la disparition de cette dernière fut si rapide, que Levrat ne put même l'apercevoir voltigeant autour de lui. Les compagnons de Levrat, priés de regarder la région douloureuse, n'y trouvèrent qu'un point rouge semblable à celui d'une piqûre de puce. Levrat continua sa route sans se préoccuper davantage de cet incident.

Le soir de ce jour 28, et la journée du 29, il n'éprouva qu'une légère démangeaison au point piqué. Mais le soir de ce même jour 29 mars, il apparut une tuméfaction, qui de la région temporale s'étendit progressivement à la face entière; et, le 30 au soir, cette tuméfaction était si prononcée que les paupières œdématiées ne pouvaient plus se soulever.

Malgré la rapidité et l'intensité de ces symptômes, l'état général du malade était encore assez bon pour qu'il vînt à pied de Montluel se présenter à l'Hôtel-Dieu, où il fut

Digitized by Google

admis, le mercredi 1er avril au matin, soit trois jours pleins après la piqûre de mouche.

La première pensée qui vint à l'esprit à la vue de la figure tuméfiée de Levrat, c'est que celui-ci était atteint d'érysipèle de la face. Mais après l'interrogatoire dont les résultats viennent d'être résumés et l'examen de la région temporale droite, le diagnostic se fixa dans un ordre d'idées bien différent, celui d'une *affection charbonneuse.*

Voici, en effet, ce que présentait la tempe droite : 1° une élevure légèrement acuminée; 2° au centre de cette saillie, une plaque noire bien libre, large comme une pièce de cinquante centimes; autour de cette eschare insensible, une couronne de petites vésicules remplies d'un liquide citrin d'une transparence parfaite ; 4° en dehors de l'aréole vésiculeuse, une aréole rouge se continuant avec l'œdème chaud, qui a envahi la tête et particulièrement du côté droit. La tuméfaction œdémateuse est de couleur rose très-pâle et n'a qu'une faible sensibilité. Les voiles palpébraux sont transformés par l'œdème en bourrelets si fortement pressés l'un contre l'autre que pour apercevoir l'état des yeux on est obligé de se servir d'élévatoires. Grâce à ces instruments, on peut constater que les yeux sont dans l'intégrité la plus complète.

D'autre part, on ne constate pas d'engorgement ganglionnaire.

Ne sont-ce pas là les caractères propres à la pustule maligne ? La réaction sur l'économie était assez énergique, puisque le thermomètre accusait 40° centig. dans l'aisselle. Le moral du malade était excellent, et, tout en faisant la part large à son courage, on peut croire qu'il devait au faible degré de ses souffrances l'impassibilité qu'il montrait.

M. Gayet institua immédiatement le traitement héroïque en pareille occurrence.

Le malade étant éthérisé, M. Gayet fit une incision cruciale sur l'eschare centrale de la pustule, excisa largement les lambeaux créés par l'incision, puis éteignit deux boutons de feu dans la plaie.

Digitized by Google

Le soir, il semble que la cautérisation ait amené une certaine détente générale. La paupière supérieure droite commençait cependant à prendre une teinte livide. Pour conjurer le sphacèle imminent, l'interne du service, M. Biot, pratiqua plusieurs ponctions de la paupière. La température axillaire s'élevait à 40°,1.

Malgré les précautions prises, la gangrène s'empara des paupières supérieure et inférieure du côté droit et les détruisit en l'espace de quatre jours.

Du 3 au 8 avril inclusivement, la tuméfaction œdémateuse de la face perdit un peu de sa tension, la courbe thermométrique descendit progressivement de 40° à 37°,5, une amélioration générale s'accusa et permit de penser que le virus charbonneux avait été détruit à temps dans sa source.

Le 10, le thermomètre décela une légère élévation de température : 38°,5 au lieu de 37°,5. On en chercha la cause dans une collection purulente, qui parut se préparer au cou en un point où le gonflement était plus rouge et plus douloureux. Quant à l'eschare produite par la cautérisation, elle était presque entièrement détachée, et du côté de la tempe tout se passait très-normalement.

Le 12 avril, nausées dans la journée, et le soir la température monte à une hauteur qu'elle n'avait pas encore atteinte, à 40°,6. Cette ascension brusque ébranla les espérances conçues jusqu'à ce jour, et fit craindre de fâcheuses complications.

Le gonflement de la face et du cou ayant augmenté et présentant une teinte rouge plus foncée que les jours précédents, on s'arrêta à l'idée toute naturelle d'un érysipèle greffé sur l'œdème ambiant de la pustule maligne, d'autant plus facilement qu'il y avait dans la salle, à l'extrémité opposée, il est vrai, un érysipèle chez un brûlé de la face. Du reste, la marche envahissante du surcroît de gonflement et de la rougeur sembla justifier tout à fait les jours suivants l'interprétation adoptée.

Le 15, le gonflement est encore plus considérable; les lèvres sont tellement épaissies que l'introduction des aliments

Digitized by Google

devient assez difficile; leur déglutition n'est pas moins laborieuse, par suite d'une certaine turgescence de la langue et de l'engorgement du cou; aussi le malade ne prend-il que des potages.

Enfin, l'idéation commence à se troubler. La température se maintient toujours au-dessus de 40°.

A partir du 18, au matin, elle tend à baisser; le 20, au soir, elle était descendue à 38°; mais le 21, au soir, elle remontait à 39°,4.

Le 25, au matin, la température était normale, 37°. Bref, la courbe thermométrique, à dater du 20 avril, s'est maintenue jusqu'à la fin au-dessous de 39° avec des oscillations très-irrégulières.

Je reprends l'histoire chronologique des autres symptômes.

Le 24, le malade a toujours du subdelirium; l'état local s'aggrave, car le gonflement du côté gauche, jusque-là moins considérable que celui du côté droit, l'égale aujourd'hui.

Le 30, situation s'aggravant de plus en plus.

Le 1er mai, ouverture au bistouri d'un abcès superficiel très-limité du cou, au point où la douleur et la rougeur avaient attiré l'attention le 10 avril. Même état général que précédemment, difficultés de plus en plus grandes pour alimenter le malade.

Le 6 mai, il semble que la tuméfaction de la tête ait encore augmenté de volume et la rougeur d'intensité. C'est vraiment un bien triste spectacle que de voir cette figure rendue monstrueuse par sa coloration carminée et sa disproportion avec le reste du corps. Les paupières gauches, les lèvres, le nez, les oreilles se détachent en un relief horrible sur les parties voisines gonflées à pleine peau. Ce n'est plus une figure humaine, c'est un masque hideux.

La photographie ci-jointe que nous devons à l'obligeance de M. Redon, et le moule cadavérique que je présente ne peuvent en donner qu'une faible idée.

10 mai. Le délire persiste avec son caractère de douceur, mais il ne se manifeste que lorsqu'on arrache par d'instants

Digitized by Google

appels le malade, aujourd'hui bien affaibli et émacié, au coma dans lequel il est plongé.

12 mai. Mort dans le coma.

Autopsie. — Le diagnostic de pustule maligne paraissant incontestable, les recherches nécroscopiques n'ont porté que sur le siége du gonflement érysipélateux dont la nature pouvait être discutée. M. Albert a pratiqué deux coupes horizontales de la tête, l'une au niveau des sourcils, l'autre au niveau du plancher des fosses nasales; une troisième coupe a été faite à la hauteur du larynx. Ces trois coupes ont été négatives; les divers plans qu'elles ont mis à jour n'ont présenté rien d'anormal, ni phlébite, ni suppuration profonde, rien en un mot. Le tissu cellulaire sous-cutané et la peau elle-même étaient seuls infiltrés de sérosité et présentaient une consistance gélatineuse en plusieurs points. Ces constatations cadavériques permettaient donc d'éliminer le phlegmon diffus et la phlébite profonde.

L'œil droit a été trouvé intact sous les lambeaux gangréneux qui le recouvraient encore.

Inoculations. — Avant de procéder à la cautérisation de la pustule, M. Gayet recueillit : 1° de la sérosité des vésicules situées autour de l'eschare centrale; 2° du sang provenant de l'incision cruciale faite sur cette même eschare; 3° du sang tiré du doigt par une piqûre d'épingle.

M. Biot se chargea de porter ces liquides à l'Ecole vétérinaire et de les y faire étudier et expérimenter.

Voici les résultats obtenus :

1° *Examen microscopique :* MM. Chauveau et L. Tripier n'ont rencontré aucune trace de bactéridies, ni dans le sang ni dans la sérosité vésiculaire. Mais ces liquides, et la sérosité spécialement, offrirent aux regards de M. Chauveau un nombre considérable de ces granulations immobiles et très-petites auxquelles il accorde, comme on sait, la propriété virulente. (Voyez *Physiologie générale des virus et des maladies virulentes*, dans la *Revue des cours scientifiques*, 1872.)

2° *Inoculations* faites par M. Toussaint, professeur sup-

Digitized by Google

pléant de physiologie à l'Ecole vétérinaire : Le sang fourni par l'incision cruciale de la pustule a été inoculé à la lancette par deux piqûres à la base de l'oreille gauche d'un lapin; le sang tiré du doigt a été inoculé par une seule piqûre sur la même oreille gauche du même animal.

La sérosité a été inoculée par trois piqûres à la base de l'oreille droite du même lapin.

Le lapin remis en liberté fut surveillé pendant huit jours, et pendant ce temps il ne parut pas un instant avoir perdu de sa vivacité habituelle. Les piqûres ne provoquèrent qu'une légère inflammation locale qui se dissipa promptement.

M. Biot a recueilli plusieurs fois du pus, soit sur les paupières, soit autour de l'eschare du cautère actuel, et jamais on n'a rencontré de bactéridies dans ce pus.

CONCLUSIONS.

Avions-nous réellement affaire à une pustule maligne ?

L'œdème rose, presque incolore, du début, qui a pris au quinzième jour la couleur de l'érysipèle, est-il simplement l'œdème accompagnant toute pustule maligne ? Est-ce un un érysipèle qui a changé au quinzième jour la nature de cet œdème ?

Enfin, n'avons-nous pas sous les yeux un exemple d'œdème malin des paupières ? Et alors ne peut-on pas tirer de ce fait une conclusion très-réservée en faveur de la parenté étiologique de l'œdème malin des paupières et de la pustule maligne ?

1° *Avions-nous affaire à une pustule maligne vraie ?* Évidemment; les symptômes locaux que nous avons décrits étaient d'une netteté parfaite. L'absence des bactéridies et l'insuccès des inoculations ne sauraient être invoqués pour infirmer le diagnostic. M. Chauveau a démontré, en effet, que les agents virulifères ne sont pas des proto-organismes-ferments des bactéries ni des bactéridies. « S'il existe de proto-organismes-ferments dans les humeurs spécifiques des vraies maladies virulentes, ce n'est, dit-il, que d'une manière tout à

Digitized by Google

fait accidentelle. On ne saurait donc considérer ces proto-organismes comme les éléments virulifères. » (*Loc. citato*). Les expériences d'Onimus et de Vulpian ont confirmé l'enseignement de M. Chauveau, et, sinon détruit, du moins fortement ébranlé la théorie de la nature animée des virus qu'avaient édifiée Fuchs, Brouelle, Delafond et surtout Davaine.

Quant à l'insuccès des inoculations, il ne peut fournir une objection sérieuse; car, d'une part, le lapin n'a pas une très-grande réceptivité pour le charbon, et, d'autre part, ce n'est pas un événement inouï que des inoculations faites de l'homme aux animaux ne réussissent pas dans tous les cas. Sur quinze inoculations faites de l'homme à des brebis, la Société médicale d'Eure-et-Loir n'obtint que dix succès, et cependant la brebis présente des conditions de réceptivité malheureusement très-favorables à l'éclosion de la maladie charbonneuse.

2° *De quelle nature était l'engorgement de la face, à dater du* 12 *avril?* La discussion doit se circonscrire, après les constatations nécroscopiques, à l'érysipèle et à l'œdème malin.

L'érysipèle a pour lui deux caractères importants : l'élévation brusque de la température précédée de nausées et la coloration rouge scarlatiniforme cramoisi, qui s'est étendue graduellement à la totalité de la face et du cou, plus énergiquement cependant du côté de la pustule et de l'eschare que de l'autre côté.

Mais il a contre lui sa longue durée (30 jours), ses proportions colossales et l'absence apparente d'engorgement ganglionnaire. L'œdème des paupières se justifierait peut-être mieux, quant à ces trois chefs; mais les auteurs (V. Nettement, *De la pustule maligne,* th. de Paris, 1868), et particulièrement Bourgeois (d'Étampes), parlent dans leurs descriptions de l'œdème gangréneux des paupières d'une coloration blanche, analogue à celle de l'œdème passif; cela ne ressemble guère à la teinte rouge écarlate de la face de notre pauvre malade.

D'un autre côté, l'œdème gangréneux s'accompagne d'es-

Digitized by Google

chares très-larges ; nous n'en avons pas eu, à moins qu'on ne veuille mettre ici en ligne de compte le sphacèle des paupières survenu au cinquième jour, c'est-à-dire avant l'œdème malin dont nous agitons le procès. Mais ce sphacèle n'a rien de spécial : il résulte, dans ce cas, comme dans l'érysipèle de la face, de l'excès de la tension œdémateuse.

Dans l'hypothèse d'un érysipèle greffé au quinzième jour sur l'œdème satellite de la pustule maligne, et tenant de lui un caractère particulier, le cas actuel appartiendrait à la variété que Chambon a désignée du nom de *charbon érysipélateux*, c'est-à-dire avec engorgement érysipélateux ; et en tenant compte de l'insuccès de l'inoculation et de la marche lente de la maladie, nous aurions la *pustule maligne bénigne et inoculable* de Salmon et Maunoury, avec un engorgement érysipélateux.

M. Gayet s'est rattaché à l'hypothèse d'un œdème malin ; il pense que la cautérisation a eu pour effet de retarder la prolifération du virus charbonneux dans l'économie, et que, lorsque la masse des humeurs a été infectée par les éléments virulifères, une détermination a eu lieu du côté de la face, sous la forme de cet engorgement, de cette tuméfaction monstrueuse et persistante qui rendait horrible à voir la tête de notre malade. Il lui paraît difficile d'admettre qu'il n'y avait pas, dans cette tuméfaction si énorme et si tenace, quelque chose de spécial, de malin, en un mot.

HYPERTROPHIE DU CŒUR ;

Par M. ALBERT, interne des hôpitaux.

M. ALBERT présente un cœur hypertrophié, sur lequel il donne les renseignements suivants :

Le malade qui en était porteur avait eu deux attaques de rhumatisme articulaire aigu, dont la seconde, datant de sept ans, fut suivie de symptômes cardiaques qui ont été en augmentant constamment. A l'hôpital de la Croix-Rousse,

Digitized by Google

on constate les signes communs des affections cardiaques asystoliques (œdème, cyanose, oppression) et en outre à l'examen physique du cœur : 1° battements très-forts, irréguliers, présentant de véritables pauses, avec frémissement cataire ; 2° augmentation considérable de la matité normale ; 3° à l'auscultation, piaulement occupant la systole et la diastole, s'entendant à tous les foyers, mais surtout au niveau de l'appendice xiphoïde ; souffle plus doux sans piaulement sur la ligne axillaire au niveau du cinquième espace intercostal ; 4° pouls veineux.

Le diagnostic porté pendant la vie fut : hypertrophie cardiaque avec insuffisance des valvules tricuspide et mitrale.

A l'autopsie : Symphyse cardiaque complète. Cœur énorme, pesant 710 grammes. Oreillettes considérablement dilatées, surtout la gauche, qui pourrait sans peine loger le crâne d'un enfant de trois à quatre ans ; leurs parois sont tellement minces qu'elles semblent constituées par l'adossement des séreuses ; mais l'examen microscopique y a montré des fibres musculaires intactes ou graisseuses mélangées de tissu conjonctif de nouvelle formation. Ventricules à parois un peu dilatées mais en même temps hypertrophiées. Orifices aortique et pulmonaire sains. Valvule mitrale épaissie et très-insuffisante. Valvule tricuspide à peine altérée et très-insuffisante également. Poumons refoulés au sommet du thorax, surtout le gauche, qui pèse 275 grammes, tandis que le droit pèse 547 grammes.

HERPÈS TONSURANT ;

Par M. le docteur HORAND.

M. HORAND fait sur l'*herpès tonsurant* la communication suivante :

Les recherches faites dans ces dernières années ont démontré d'une manière évidente que les animaux tels que le rat, le chat et le chien sont susceptibles de contracter le favus.

Digitized by Google

Ces mêmes recherches ont permis de saisir de quelle façon s'opère la transmission du favus de l'animal à l'homme Depuis longtemps on sait aussi que l'herpès tonsurant est commun chez le bœuf et le cheval, et l'on a cité plusieurs faits qui prouvent que cette affection peut se transmettre de ces animaux à l'homme. On avait même entrevu que l'herpès tonsurant pouvait exister chez le chat et le chien, et M. Daniel Mollière avait cité à la Société des sciences médicales un cas d'herpès tonsurant observé par M. Gailleton chez un chat. Toutefois, aucune expérience analogue à celles faites pour le favus n'avait été entreprise jusqu'à ce jour, lorsque, chargé du service des teigneux de l'Antiquaille, j'eus l'idée de chercher à éclairer la question de l'herpès tonsurant chez les animaux par une série d'expériences sur le rat, le chat et le chien.

Le résultat de ces expériences a été consigné dans une thèse soutenue, il y a quelques mois à Paris, par M. Vincent, et dont je rappellerai ici les conclusions :

1° Le rat est réfractaire à l'herpès tonsurant, tandis que sur lui le favus se développe avec la plus grande facilité ;

2° Le chat est susceptible de contracter l'herpès tonsurant et le favus ;

3° Le chien peut contracter non-seulement le favus, mais encore et surtout l'herpès tonsurant.

Depuis la publicité donnée à ces premières expériences, je les ai renouvelées et je suis arrivé aux mêmes conclusions.

Aujourd'hui je désire soumettre à l'examen des membres de la Société des sciences médicales un de ces animaux chez lesquels l'inoculation a été suivie d'un plein succès. C'est un jeune chat, né le 27 mars 1874, et auquel j'ai pratiqué une double inoculation d'herpès tonsurant le 1er avril, en procédant de la manière suivante : après avoir coupé sur la tête les poils aussi ras que possible sur une étendue de la grandeur d'une pièce d'un franc, je râclai cette surface avec un rasoir chargé de matière tricophytique préalablement humectée avec un peu d'eau. Sur le train postérieur j'épilai une plaque grande comme une pièce d'un franc, puis je friction-

Digitized by Google

nai cette surface avec de la matière tricophytique délayée dans un peu d'eau et que je laissai à demeure.

Le 6 avril, les inoculations paraissent négatives ; je saupoudre la plaque du train postérieur avec de la matière tricophytique et je dépose une certaine quantité de cette substance délayée dans une solution de gomme sur la plaque de la tête.

Le 11 avril, l'inoculation semble positive, et l'on trouve sur le train postérieur de petits furfurs qui examinés au microscope laissent voir de nombreux spores de tricophyton. Toutefois, ce n'est qu'à partir du 23 avril que les plaques inoculées présentent des caractères qui ne laissent aucun doute. Ces plaques se sont étendues, sont recouvertes de croûtes brunes, adhérentes aux poils et ressemblent aux croûtes de l'impetigo granulata. A l'examen microscopique, on trouve de nombreux spores et des poils cassés irrégulièrement en fuseau avec diminution des fibres par l'interposition de spores, mais pas de mycélium.

Depuis cette époque, la plaque de la tête s'est guérie d'elle-même, tandis que celle du train postérieur s'est développée et a pris les caractères de l'herpès tonsurant tel qu'on l'observe chez l'enfant.

Si j'avais une conclusion au point de vue clinique à tirer des expériences que j'ai faites jusqu'à ce jour, je dirais peut-être que l'enfant peut contracter l'herpès tonsurant au contact du chat ; mais je crois que c'est surtout le chien qui est la cause de cette contagion.

DISCUSSION.

M. Aubert fait observer que les résultats négatifs obtenus par les inoculations d'herpès tonsurant chez le rat tiennent peut-être à l'âge trop avancé des animaux inoculés.

M. Horand a inoculé une souris assez jeune sans résultat, mais il croit en effet que des expériences portant sur des rats de quelques jours seulement sont nécessaires pour élucider complètement la question.

Digitized by Google

DEUX CAS D'HYDRONÉPHROSE.

M. Soulier présente les pièces nécroscopiques et l'observation d'un malade atteint d'*hydronéphrose*.

Cet homme avait eu, trois mois avant son entrée à l'hôpital, des coliques d'apparence hépatique avec ictère, puis il maigrit rapidement. On constata, à son admission dans le service de M. Soulier, une tumeur dans le flanc droit paraissant se confondre avec le foie, bien qu'on pût enfoncer les doigts entre la paroi costale et cet organe. La présence de la fluctuation fit penser à un kyste et éloigna l'idée d'une dégénérescence, à laquelle était également opposé l'examen des urines fait par M. Drivon.

Trois ponctions furent faites avec un appareil aspirateur : la première donna issue à un liquide séreux, non analysé chimiquement, mais dans lequel l'examen microscopique ne démontra pas de débris de kyste hydatique ; la deuxième fournit un liquide séreux au début, mais trouble à la fin; dans la troisième, enfin, le liquide fut complètement purulent. Le malade succomba avec des signes d'inflammation du poumon droit et quelques symptômes légers d'urémie.

A l'autopsie, rein gauche un peu plus volumineux qu'à l'état normal. Rein droit atrophié, excepté dans sa partie supérieure, présentant un gros calcul moulé sur le bassinet, avec quelques irrégularités. L'uretère est dilaté et perméable. Pas de péritonite.

En présence de ce fait, M. Soulier s'est rappelé le conseil de Rayer, qui ne veut pas qu'on ponctionne à la légère les kystes rénaux; il croit que lorsque l'affection peut être reconnue comme unilatérale, on pourrait songer à la néphrotomie.

DISCUSSION.

M. D. Mollière. On pourrait chercher dans ce but à faire heurter le calcul par le trocart explorateur.

M. Drivon a été conduit dans ce cas à rejeter l'idée d'un carcinome hépatique par l'absence d'indication dans les urines. Quant au calcul

Digitized by Google

trouvé dans le bassinet, il est formé de deux couches : une superficielle composée d'urates, et une profonde ne contenant que des phosphates (surtout de chaux et ammoniaco-magnésiens) sans traces d'oxalates ni d'urates.

M. Perroud a fait souvent des autopsies de veillards présentant dans les calices et les bassinets des calculs volumineux dont ils n'avaient jamais souffert. Ces faits semblent recommander des réserves au sujet de l'opportunité de l'intervention chirurgicale.

M. Dupuy. Quels étaient les caractères de l'urine chez le malade de M. Soulier ?

M. Soulier. Elles n'ont jamais été purulentes, mais seulement albumineuses à la fin.

M. H. Coutagne. J'ai observé dans le service de M. Chatin un fait qui doit porter à ne pas exagérer les craintes qu'on peut avoir au sujet de l'urémie. Un phthisique, porteur d'une tumeur hypochondriaque, diagnostiquée comme kyste rénal, meurt lentement de symptômes thoraciques sans avoir jamais présenté aucun signe d'urémie. A l'autopsie, rein droit presque complètement disparu, remplacé par un kyste énorme sans calcul ; rein gauche hypertrophié, mais présentant trois gros tubercules.

M. Polosson présente un malade chez lequel on a diagnostiqué une *hydronéphrose* et donne à son sujet les renseignements suivants :

Philibert A..., malade du service de M. Gignoux à l'Hôtel-Dieu, n'a pas présenté d'antécédents morbides. Depuis quatre ans, il est assez fréquemment sujet à des douleurs siégeant dans la fosse iliaque gauche. Depuis un mois, il présente une tumeur mate, indolente, fluctuante, située au-dessous des fausses côtes gauches ; rien de spécial du côté de l'urination. Le 16 juin, une ponction capillaire a donné issue à un litre et demi de liquide séreux, ne contenant pas d'urée ; au microscope on y a trouvé des globules de pus. Le soulagement a été de très-courte durée, et la tumeur a commencé à se reformer trois jours après.

DISCUSSION.

M. D. Mollière. Je fus appelé dernièrement pour voir un malade présentant une rétention d'urine avec de l'empâtement de la fosse iliaque et de l'hypochondre gauches ; il éprouvait des douleurs tellement atroces

Digitized by Google

que je crus devoir faciliter son examen par l'anesthésie avec l'éther. Les douleurs se calmèrent, il urina un demi-litre de pus, puis des urines transparentes. Je pus alors le cathétériser et sentit un calcul que je saisis et broyai avec un petit lithotriteur. Chez le malade qui nous est présenté, l'anesthésie pourrait peut-être s'employer avec avantage au point de vue du diagnostic et du traitement.

M. Clément. L'absence d'urée dans le liquide kystique ne peut servir comme signe diagnostique, vu les décompositions que ce liquide a pu subir dans la poche ; il aurait été utile de refaire une ponction trois ou quatre jours après la première ; on aurait peut-être pu trouver de l'urée dans le liquide nouvellement reproduit.

M. Icard. D'après les faits présentés à la Société, l'hydronéphrose est une affection grave. Dans le fait de M. Soulier, les ponctions successives donnent lieu à un liquide de plus en plus purulent, et sont suivies à courte échéance de la mort du malade. Ne vaudrait-il pas mieux pratiquer dans ces cas l'expectation, ou entreprendre des opérations plus radicales, telle que l'ouverture du kyste ou la néphrotomie ?

M. D. Mollière. L'atrophie du rein qui survient dans ces cas doit faire craindre que le liquide ne se reproduise avec la plus grande rapidité et ne nécessite des ponctions trop nombreuses.

M. Fontan. L'exploration intra-rectale par le procédé de Simon pourrait peut-être éclairer le diagnostic.

M. R. Tripier. Le malade qui nous est présenté a tous les signes qui peuvent faire diagnostiquer une hydronéphrose. Quant au traitement, il doit être purement expectant dans les cas de tumeurs indolentes ; si le kyste s'enflamme, les ponctions répétées peuvent soulager le malade, mais sans enrayer la marche de la maladie.

SUR LE TRAITEMENT DU CROUP ;

Par M. le docteur Dupuy.

M. Dupuy fait la communication suivante sur le *traitement du croup*.

Il y a quelques années, notre confrère M. Sérullaz nous a proposé de traiter la diphthérie laryngée en écouvillonnant les voies aériennes supérieures avec une éponge chargée de perchlorure de fer dans le but de détacher et de cautériser

Digitized by Google

les fausses membranes. J'ai eu l'occasion d'appliquer cette méthode dans le cas suivant :

Je suis appelé un soir avec un de mes confrères pour voir un enfant de huit ans, présentant une diphthérie laryngo-pharyngée des plus évidentes (plaques amygdaliennes, voix éteinte, etc.); l'asphyxie commençant, je proposai et effectuai l'écouvillonnage laryngien sans résultat appréciable ; je fus porté à croire que ma baleine n'avait pas pénétré dans les voies aériennes. Le lendemain matin, l'asphyxie faisait des progrès, le malade avait passé une très-mauvaise nuit ; il présentait de l'anesthésie en différents points. Je pratiquai de nouveau l'opération de la veille, et cette fois mon instrument pénétra sûrement dans le larynx; immédiatement l'enfant étendit les bras convulsivement et retomba inanimé sur le lit; ayant heureusement mon bistouri, je pratiquai immédiatement la trachéotomie en un seul temps, et la respiration artificielle ramena au bout de quelques secondes le malade à la vie. Les suites furent des plus simples, la canule put être enlevée au bout de trois semaines, et la guérison fut rapide et complète. Ce cas me semble remarquable en ce qu'il permet de mettre en comparaison les dangers des badigeonnages laryngiens et la simplicité des suites de la trachéotomie.

DISCUSSION.

M. Fochier. Les accidents déjà nombreux survenus après la cautérisation intentionnelle ou fortuite du larynx doivent tendre à faire rejeter la méthode de M. Sérullaz. Rosenthal a prouvé par ses expériences sur le nerf laryngé supérieur que toute irritation un peu prolongée de la muqueuse laryngienne amène un arrêt des mouvements inspiratoires.

M. H. Mollière. La cautérisation laryngienne comme traitement d'emblée a donné des cas d'asphyxie à Beau et Trousseau. Mais j'ai vu de bons résultats de l'écouvillonnage laryngien après la trachéotomie, jusqu'à 6 centimètres au-dessous de la plaie. Malgré les craintes que pouvaient m'inspirer au sujet de l'arrêt du cœur les expériences de Nothnagel, cette pratique m'a permis dans un cas très-grave de favoriser l'expulsion de nombreuses fausses membranes sans le moindre accident.

M. Bianchi. Les pinces laryngiennes de Fauvel peuvent rendre des services pour l'arrachement des fausses membranes. Quant au traitement

Digitized by Google

de la diphthérie, il sera surtout topique ; tous les remèdes internes conseillés, à l'exception peut-être du cubèbe, sont impuissants.

M. Horand. J'ai observé, il y a quelque temps, un fait peu favorable à la cautérisation laryngée dans le croup. Chez un enfant de l'Antiquaille atteint de diphthérie avec albuminurie, la trachéotomie pratiquée d'urgence présenta comme complication la présence entre les lèvres de la plaie d'une fausse membrane de 6 centimètres de long. Si dans ce cas on avait écouvillonné le larynx, on aurait refoulé dans la trachée cette fausse membrane, d'où asphyxie bien plus complète.

Je suis du reste partisan de la trachéotomie pratiquée de bonne heure, et je crois que les statistiques en général peu favorables de la Charité tiennent à ce que les enfants y sont amenés *in extremis* pour y être opérés. A l'Antiquaille, où nous voyons le croup naître dans nos salles, j'ai observé des faits plus encourageants en faveur de la trachéotomie; je fait surtout allusion aux deux faits que M. Cordier a présentés à la Société.

M. Perroud. Si les résultats immédiats de la trachéotomie faite en temps convenable sont heureux, il n'en est pas de même de leurs suites éloignées ; on devra toujours se rappeler la statistique de Malgaigne, qui sur un nombre considérable d'enfants trachéotomisés, n'en a presque pas vu arriver à la puberté, la phthisie pulmonaire les emportant presque tous. Depuis que je suis médecin de la Charité, j'ai vu une jeune fille trachéotomisée pour un croup mourir quelques mois après d'une néphrite parenchymateuse datant de sa diphthérie ; à l'autopsie, outre les altérations rénales, j'ai constaté que les poumons étaient sains; la cicatrice trachéale était fibreuse.

M. Marduel connaît un enfant opéré il y a six ans, et qui depuis cette époque est sujet à des laryngites très-pénibles.

M. Icard cite trois observations de trachéotomie qu'il a vu pratiquer en ville ; la première a été suivie de succès ; le malade est mort de paralysie diphthéritique au quarantième jour; la deuxième a laissé l'enfant très-débile et sujet à des laryngites ; dans le troisième cas, la guérison a eu également lieu, et l'enfant se porte bien.

A Paris, la statistique des hôpitaux d'enfants donne en ce moment 1 succès sur 5 ; mais il semblerait que les malades soient mieux soignés qu'à Lyon. Il sera bon aussi, pour améliorer le pronostic de la diphthérie, de tenir compte de la contagion, contre laquelle M. Bergeron vient de demander l'isolement dans les hôpitaux.

Digitized by Google

M. Bron fait une communication sur l'*emploi des sondes-gouttières dans la dilatation des rétrécissements difficiles.*

DISCUSSION.

M. Icard demande pourquoi on ne laisserait pas la baleine à demeure dans les cas analogues à ceux de M. Bron. Une série de bougies coniques de plus en plus volumineuses ne pourraient-elles pas remplacer un appareil instrumental spécial ?

M. D. Mollière croit que la ponction vésicale faite dans un cas par M. Bron avec un trocart ordinaire doit être faite dès à présent par les appareils aspirateurs à ponction capillaire.

Il a vu en Italie M. Corradi pratiquer immédiatement après une uréthrotomie interne un cathétérisme sur conducteur. M. Bron pourrait le faire avec son instrument.

M. Horand, après avoir insisté sur les avantages de la ponction aspiratrice de la vessie, et après avoir attiré l'attention sur les bons effets de la glace pour diminuer les spasmes uréthraux, fait observer qu'il n'est pas toujours utile de se servir de bougies rigides ; il lui est arrivé de ne pouvoir sonder certains malades qu'avec des bougies molles ; le conducteur de Maisonneuve lui semble dans ces cas aussi utile que l'instrument de M. Bron.

M. Bron n'a voulu parler qu'incidemment de la ponction vésicale ; il l'a toujours pratiquée avec un trocart ordinaire sans inconvénient. Il répond à M. Icard qu'il a une fois laissé en place sa sonde-gouttière, et qu'il a fait construire une série de bougies de plus en plus volumineuses pouvant être passées sur le conducteur. Son instrument lui paraît plus simple que celui de Corradi.

M. Icard attire l'attention sur le cathérisme rétrograde par le procédé de Barrier comme pouvant rendre des services après la ponction vésicale.

M. Jullien a observé un cas défavorable à cette opération.

SUTURE D'UNE PLAIE DU TENDON DE L'EXTENSEUR DE L'INDEX DROIT ;

Par M. le docteur Conche.

M. Conche présente un jeune homme de douze ans, auquel il a pratiqué avec succès la suture d'une plaie du tendon de l'extenseur de l'index droit.

Digitized by Google

Il y a quelques jours qu'en courant cet enfant tombe, casse une vitre avec sa main droite, portée en avant pour parer la chute, et se fait une plaie à la région dorsale de la main.

Amené immédiatement auprès de moi, je constate les lésions suivantes : plaie un peu au-dessus du quatrième métacarpien droit, au niveau de laquelle le tendon de l'extenseur de l'annulaire est complètement sectionné. — Hernie du bout inférieur ou digital du tendon à travers la plaie, surtout lorsque le doigt est mis dans l'extension forcée ; éloignement au contraire du bout supérieur du tendon entraîné par la contraction musculaire, bout qui n'apparaissait à la plaie que lorsqu'on exerçait une forte pression sur la face dorsale de l'avant-bras en refoulant le muscle vers la main, celle-ci étant également dans l'extension forcée.

Abandonné à lui-même, l'annulaire droit est entraîné dans la flexion par la contraction du fléchisseur droit dont l'action n'est plus contrebalancée par celle du muscle antagoniste.

Après avoir lavé la plaie et m'être assuré qu'il n'y avait pas de débris de verre, je plaçai le doigt et la main dans l'extension forcée, tandis que je fis exercer une pression énergique avec refoulement sur les muscles de l'avant-bras. — Alors saisissant avec une pince le bout supérieur du tendon, je le réunis au bout inférieur par un point de suture métallique, que je coupai ras et abandonnai dans la plaie dont je rapprochai les bords par des bandelettes agglutinatives.

Enfin, pour faciliter la réunion en immobilisant tout le membre, je mis sous les doigts une attelle remontant jusqu'à l'avant-bras et la fixai par des tours de bandes, et maintins l'avant-bras dans la flexion par une écharpe.

Huit jours après, je procédai à l'examen de la plaie, qui est cicatrisée ; en enlevant les bandelettes agglutinatives, je trouve sous elles la suture métallique qui s'est détachée ; pas de trace de suppuration.

Le tendon s'est réuni par première intention, les mouvements d'extension et de flexion se font sans aucune gêne.

Les observations de réunion de tendons sectionnés ne sont

Digitized by Google

pas rares, tout le monde connaît celles d'Ambroise Paré, de Larrey, rapportées par Barthélemy, celles rapportées par Oker, par Mourgue, etc. ; cependant elles ne sont pas si nombreuses qu'une nouvelle observation ne doive pas être rapportée pour prouver que les tendons sectionnés complètement, ayant été au contact de l'air, peuvent se réunir par première intention.

Un second point sur lequel j'attirerai l'attention est l'utilité qu'on pourrait en pareil cas retirer de l'emploi des bandes de caoutchouc, pour exercer une pression énergique sur les muscles dont les tendons sont coupés, pour lutter contre leur rétraction et maintenir le bout correspondant du tendon sectionné en contact avec le bout inférieur. — Résultat encore facilité, soit par la position que l'on doit donner à la partie à laquelle s'attache le bout inférieur du tendon (flexion, extension, adduction ou abduction forcées), soit surtout par la suture métallique, qui offre le double avantage d'une complète innocuité, et d'être un obstacle puissant à la rétraction du muscle et par suite à la séparation des deux bouts du tendon coupé.

DISCUSSION.

M. Dupuy raconte qu'il a observé un cas semblable. Section du tendon extenseur du médius et du cartilage épiphysaire du troisième métacarpien. Il s'abstint de faire la suture parce que l'extension forcée suffisait pour rapprocher les deux bouts du tendon. Il y eut réunion immédiate et de la peau et des bouts tendineux. La position paraît donc devoir être suffisante.

M. Conche. C'est en effet ce qui est arrivé dans un certain nombre de cas publiés. A. Paré rapporte un cas de suture de deux tendons faite avec succès par un chirurgien et cite le succès avec admiration. Le superflu n'est jamais à dédaigner, surtout lorsqu'on tient compte de la tendance rétractile indéfinie des muscles et le danger de la production de brides latérales. La suture est d'autant plus indiquée que, contrairement aux craintes théoriques des premiers expérimentateurs, les sutures n'amènent ni inflammation excessive ni exfoliation.

M. Dupuy n'avait pas pour but de démontrer la nocuité de la suture, mais bien de faire voir qu'il avait dû tenir compte de l'ouverture de l'articulation.

Digitized by Google

PUSTULE MALIGNE DE LA FACE ;

Par M. Eugène VINCENT, interne des hôpitaux.

(Voir la 2e partie (Comptes-Rendus) p. 81.)

DISCUSSION.

M. FOCHIER. Une lacune regrettable de la très-intéressante observation de M. Vincent est l'absence d'examen du sang, soit à l'autopsie, soit aux différentes périodes de la maladie. Un seul examen microscopique fait le jour de l'entrée du malade n'est pas suffisant, d'autant mieux que le diagnostic de la nature de l'œdème aurait eu grand besoin des confirmations que le microscope pouvait donner. Mais puisque la forme de la pustule initiale paraissait suffire pour affirmer la nature charbonneuse, il semble qu'on aurait dû mettre à profit les récentes expériences de Davaine pour faire quelques tentatives thérapeutiques. Davaine a démontré, par exemple, que l'eau iodée tuait mieux que toute autre solution les bactéries du charbon. Pourquoi n'a-t-on pas essayé des injections interstitielles d'eau iodée ? M. Vincent invoque en faveur du charbon une certaine teinte de la peau intermédiaire entre l'érysipèle et le phlegmon. Ce sont là des distinctions byzantines. On peut voir toutes les teintes dans l'érysipèle et dans le phlegmon.

M. LAROYENNE n'a jamais vu de pustule maligne de la face et croit qu'il faut être très-rigoureux sur le diagnostic, étant donnée la gravité des furoncles et anthrax de la face. Il ne trouve pas dans l'observation des caractères tellement accusés qu'on ne puisse admettre ou un érysipèle ou un œdème consécutif à un furoncle. Lorsqu'on va au fond des observations de prétendues pustules malignes de la face, on trouve le plus souvent qu'il n'y a eu qu'un furoncle ou un anthrax.

M. VINCENT. Le diagnostic a été fait surtout d'après les caractères de la pustule initiale. A l'autopsie, on n'a trouvé ni phlegmon ni phlébite.

ÉRYSIPÈLE DU CUIR CHEVELU ET DE LA FACE ;

Par M. le docteur F. BRON.

M. BRON communique une observation d'érysipèle du cuir chevelu et de la face, avec complication de délire le neuvième

Digitized by Google

jour du début, pour avoir fait usage de la pommade du docteur Alain. Le coiffeur l'avait employée pour faire disparaître un pithyriasis du cuir chevelu. Le malade a succombé le onzième jour.

DISCUSSION.

M. P. MEYNET trouve que l'érysipèle peut survenir par les causes les plus banales, et que l'usage de la pommade Alain ne peut pas être spécialement incriminée, comme le suppose M. Bron.

M. ICARD croit que le goudron forme la base de la pommade Alain.

M. HORAND croit que la pommade Alain est une pommade irritante comme beaucoup d'autres. Le malade n'a eu qu'un érysipèle traumatique et la pommade d'Alain n'a qu'une action irritante commune.

M. BRON. L'érysipèle spontané est très-rare, et d'après Trousseau l'origine, le point de départ de l'érysipèle, est toujours une solution de continuité cutanée. M. Bron n'accuse pas particulièrement la pommade d'Alain.

M. ICARD croit qu'il y a utilité à savoir si un liquide ou une pommade, à la suite de laquelle on constate des accidents, ne contient pas une substance toxique dans sa composition.

AFFECTION NERVEUSE ;

Par M. le docteur BOUCAUD.

M. BOUCAUD présente un malade atteint d'une affection nerveuse.

Ce jeune homme n'est pas issu de parents consanguins ni d'ancêtres névropathiques, mais un de ses frères est sourd-muet. Il est menuisier et n'a souffert d'aucune intoxication. Il a bu un peu de vin blanc dans son pays, mais jamais d'absinthe. Il a couché sur la terre humide sans contracter ni chorée ni douleur. Mais il a toujours eu un caractère très-timide. Dans sa première enfance, il est devenu bègue à la suite d'une peur très-puérile.

Il y a un an, il s'est mis à souffrir de gastro-entéralgie, a reconnu que ses forces diminuaient et a senti ses bras trembler au moindre exercice; sa démarche est naturelle, ses

Digitized by Google

jambes sont affaiblies ; mais il peut rester quelque temps sur un seul pied. L'akinésie est très-prononcée aux membres supérieurs et affecte surtout les muscles de l'avant-bras. S'il étend le poignet, une faible pression fait tomber sa main en flexion. S'il vous serre la main, on est frappé de sa faiblesse. Si on lui fait étendre le bras, le tremblement dénote aussitôt la faiblesse des muscles de l'épaule. Tous les muscles sont grêles, mais ont conservé leurs reliefs extérieurs visibles aux éminences thénar et hypothénar comme au moignon de l'épaule. Aucun de ces muscles n'est contracturé ni rétracté. La faradisation indique qu'ils ne sont pas le siége d'une stéatose commençante. Les contractions sont régulières et plus puissantes que les contractions volontaires. Cette supériorité est bien accusée lorsqu'on faradise les extenseurs de la main. Ces contractions n'ont pas amené la trémulation qui envahissait le bras lorsque le malade le soulevait volontairement. L'électricité ne s'est pas diffusée et n'a amené ni crampe ni contraction autre que celle du muscle exploré. La sensibilité est intacte et les sensations perçues sans retard.

La douleur et le chatouillement sont impuissants à provoquer, soit des contractures, soit des convulsions cloniques.

J'ai eu l'occasion de voir surgir l'exagération du pouvoir réflexe sous l'influence de l'agitation déterminée par les anesthésiques, chez un malade atteint de sclérose latérale : en souvenir de ce fait, j'ai fait anesthésier ce jeune malade le 28 juin. La période d'agitation qui précède et suit le sommeil a été naturelle, et je n'ai eu de spasmes ni dans les muscles extérieurs ni dans les agents de la respiration. Pendant le sommeil, ayant relevé fortement le pied, j'ai obtenu ces secousses tétaniformes des muscles de la jambe qui caractérisent l'épilepsie spinale de Brown-Sequard. Remarquons en passant que ce phénomène n'a été trouvé chez ce malade que pendant l'anesthésie. Pendant son agitation, il déploya pour repousser ceux qui l'endormaient une force bien supérieure à celle dont il jouit dans l'état ordinaire.

Pendant son sommeil, la faradisation fut répétée sur un grand nombre de muscles et donna des contractions régu-

Digitized by Google

lières. Le courant spino-musculaire passait régulièrement des parties cervicales de l'épine sur les muscles des membres pelviens.

Ajoutons que ce malade ne prend pas de crise, que son intelligence peu étendue n'est pas altérée. Il n'a aucun trouble de la vue ni de l'ouïe. Son bégaiement est très-ancien et accuse un trouble de l'innervation des agents de la respiration lorsqu'il veut coordonner ces muscles pour articuler une parole.

La Société peut juger de son écriture par le spécimen que fait circuler M. Boucaud. Cette écriture ressemble aux spécimens de la sclérose cérébro-spinale.

Un souffle vasculaire très-accusé indique que l'anémie a sinon produit, au moins favorisé cet affaiblissement, et il serait téméraire d'accuser ce simple jeune homme de supercherie. L'épuisement de ce jeune sujet n'est pas douteux et peut s'expliquer.

Cet état est-il un simple épuisement, ou le prélude d'une paralysie générale, ou d'une sclérose cérébro-spinale? Je serai heureux des avis qui me seront donnés sur cette question. L'analyse fonctionnelle semblerait indiquer que les fonctions propres du cerveau et de la moelle sont presque intactes si on les interroge isolément, et que c'est leur association ou la transmission de l'influx cérébral aux centres médullaires qui est altérée. Cela rapproche ce malade de ces paralysies hystériques qui guérissent subitement par une vive émotion.

7 octobre 1874. L'hydrothérapie unie aux toniques et à la gymnastique suédoise a amélioré ce malade. Il est encore dans la salle Saint-Bruno, n° 24.

DISCUSSION.

M. Alix. On doit faire des réserves et songer à l'alcoolisme ou à l'épilepsie, qui peut survenir à la suite d'excès de coït et de fatigue.

M. Dupuy voit le début d'une paralysie générale, par conséquent le pronostic est fatal. Pour le traitement, il faudrait avoir recours au nitrate d'argent ou à l'hydrothérapie.

M. Boucaud insiste sur la pratique qui consiste à explorer l'état mus-

Digitized by Google

culaire pendant l'éthérisation. Il croit être le premier à avoir fait cette exploration dans une maladie des centres nerveux. Il a constaté que le mouvement involontaire était d'une certaine puissance.

M. DUPUY ne connaît l'emploi de l'anesthésie que pour les contractures ou paralysie simulées. L'extinction des mouvements doit être en rapport avec l'énergie de l'éthérisation.

HERPÈS TONSURANT ET FAVUS SUR LE MÊME SUJET ;

Par le docteur HORAND.

M. HORAND présente un petit garçon de quatorze ans, porteur d'un herpès tonsurant et d'un favus du cuir chevelu. Le favus s'est développé au centre même de la plaque d'herpès tonsurant, à la suite d'une inoculation pratiquée avec la matière favique fraîche. Actuellement il existe une série de godets qui se développent chaque jour et dont quelques-uns ont la dimension d'une pièce de vingt centimes. Les deux affections sont parfaitement distinctes l'une de l'autre, et à l'examen microscopique on constate l'existence du tricophyton dans les points qui ont conservé les caractères de l'herpès tonsurant, tandis qu'au niveau du godet on ne trouve plus que de l'achorion.

M. Horand considère ce fait comme capable de démontrer que le favus et l'herpès tonsurant sont deux maladies bien distinctes, et qu'elles reconnaissent chacune pour cause un parasite végétal d'espèce différente.

DISCUSSION.

M. CONCHE rappelle que M. Rollet avait observé des éruptions qu'il a regardées comme des éruptions hybrides dues à l'achorion et au tricophyton, et qu'il a constaté lui-même sur un chat la coexistence des deux parasites.

M. SAINT-CYR fait remarquer que dans certains cas il est difficile de différencier la nature des éruptions produites par l'achorion ou le tricophyton. Il rappelle l'observation dont il a été lui-même le sujet et qu'il a soumise à la Société. Ainsi, les semis d'achorion peuvent donner sur la peau des membres ou du tronc une éruption analogue à l'herpès circiné, et qu'on peut appeler *herpès circiné faveux*.

Digitized by Google

M. Gailleton. Du temps où à l'Antiquaille les faveux étaient en contact avec les herpès, les faveux prenaient l'herpès tonsurant seulement lorsqu'ils étaient guéris, et cela surtout par suite de l'occlusion pendant le traitement; néanmoins la coexistence a été souvent constatée.

On a parlé du favus épidermique d'après les expériences de M. Rollet. Il n'y a eu dans ces cas que des erreurs de diagnostic. L'achorion, dans certaines circonstances, peut provoquer un simple pityriasis sans godets. Au début de la germination, il est impossible de faire le diagnostic entre l'éruption de l'achorion et celle du tricophyton.

DE L'HÉMIPLÉGIE ALTERNE PAR LÉSION D'UN PÉDONCULE CÉRÉBRAL;

Par le docteur L. Perroud.

(Voir la première partie *(Mémoires)*, page 61.)

DISCUSSION.

M. Fochier voudrait savoir si on a pu dans ces faits rechercher les signes indiqués par de Græfe comme permettant de diagnostiquer l'origine de l'affection oculaire; d'après cet auteur, dans les paralysies de la troisième paire de cause centrale, le malade s'en aperçoit beaucoup moins que dans les cas de cause périphérique, et à cause du degré moins complet de la paralysie, et à cause de la tendance à la fusion des images qu'on observe surtout dans ces circonstances.

M. H. Mollière demande à M. Perroud s'il a observé chez ses malades des mouvements dans l'attitude qu'on puisse rapprocher des mouvements de roulis qu'on détermine expérimentalement dans les lésions des pédoncules cérébelleux et cérébraux, et dont on retrouve la trace dans quelques observations pathologiques.

M. Perroud n'a pas constaté les mouvements dont parle M. Mollière, ni dans les faits qu'il rapporte, ni dans aucun cas de méningite granuleuse. Il n'a point pu constater les troubles d'accommodation dont parle M. Fochier. Il est des cas où des lésions plus complexes les expliquent; ainsi M. Ferréol les a observées dans un cas de lésion de la partie inférieure de la protubérance annulaire; il y avait avec une hémiplégie des membres une paralysie de la troisième paire d'un côté et de la sixième de l'autre.

M. Dupuy demande si dans les observations citées on a observé la mort subite; Desmarres a publié un fait de paralysie de la troisième paire, terminé par une mort subite attribuable à une hémorrhagie de mésocéphale

Digitized by Google

M. Perroud croit que la mort arrivant au bout de quelques heures tout au plus dans ces hémorrhagies, les phénomènes de paralysies vasculaires pourraient être difficilement étudiés.

NOTE SUR LES FISTULES MUSCULAIRES IDIOPATHIQUES;

Par M. Eugène Vincent, interne des hôpitaux.

(Voir la première partie *(Mémoires)*, page 74).

DISCUSSION.

M. Gayet présente la malade qui fait le sujet de la troisième observation de M. Vincent. Il insiste sur le mode de production, un abcès succédant à une rupture ou à un broiement musculaire. Sur le traitement il fait remarquer que la cautérisation, l'incision, l'excision sont impuissantes pour amener la cicatrisation. Le tissu cicatriciel paraît demander à être en repos pour pouvoir se produire; mais dans ce cas la difficulté est presque insurmontable, la contraction musculaire se produisant indépendamment des mouvements utiles des segments correspondants du membre. Lorsque dans une brûlure on s'oppose à la rétraction cicatricielle pendant la cicatrisation, celle-ci est très-longue à s'effectuer. Dans un abcès de l'aisselle, la cicatrice se rouvrait trois semaines après la sortie de la malade, le poids du sein paraît avoir été la seule cause de cette triple récidive, car elle ne se produisit plus lorsqu'un appareil fut fait pour soutenir le sein. Il y a donc lieu de craindre avant tout les récidives dans le cas de fistules musculaires, et il faut prolonger le repos du membre à défaut d'autres moyens.

M. Fochier. Il ne faudrait pas confondre ces fistules musculaires avec les fistules intermusculaires consécutives à des abcès, et que la contraction musculaire empêche aussi de se cicatriser. Dans ce cas, on a affaire à de véritables séreuses accidentelles, que des injections irritantes et surtout le repos du membre font assez rapidement cicatriser. Dans un cas observé par lui, tous les muscles de la région postérieure de l'avant-bras étaient disséqués, les drainage et l'immobilisation eurent raison des accidents qui dataient de trois mois. Mais les cicatrices cutanées restèrent adhérentes aux muscles et se mouvaient avec eux absolument comme chez la malade de M. Gayet. Ce n'est donc pas là un signe univoque de la fistule musculaire à proprement parler.

M. D. Mollière. On pourrait, après avoir excisé les parois de la fistule, essayer, dans les cas semblables à ceux de M. Gayet, la suture et la réunion immédiate.

Digitized by Google

OBSERVATION DE TUMEUR CARCINOMATEUSE AU NIVEAU DE LA VALVULE ILÉO-CÆCALE;

Par M. CHABOUD, interne des hôpitaux.

C..., tisseur, 31 ans, entre une première fois dans le service de M. Laure (salle Saint-Nizier, à la Croix-Rousse), le 5 novembre 1872. Rien de notable du côté de l'hérédité. Nombreuses manifestations de scrofule pendant son enfance. A part cela, bonne santé jusqu'au 15 octobre. Ce jour-là, après avoir ingéré des aliments qui ne lui convenaient pas, le malade fut pris d'une diarrhée accompagnée de coliques vives.

Peu à peu la diarrhée cessa, mais les coliques persistèrent. Aujourd'hui, elles sont à peu près continues et siégent dans tout le ventre, principalement à gauche. La pression n'est douloureuse nulle part. On ne sent pas de tumeur. Une selle moulée chaque jour.

Les digestions sont très-longues et s'accompagnent du développement d'une grande quantité de gaz dont l'issue au dehors est d'une grande difficulté. Souvent une demi-heure environ après le repas, vomissements alimentaires.

Faciès terreux. Amaigrissement et perte des forces.

Fin novembre. Les coliques semblent affecter un type intermittent, irrégulier : elles apparaissent tous les deux ou trois jours; leur apparition est précédée d'un malaise général, d'abattement; le faciès prend une teinte subictérique. Les coliques durent plusieurs heures et cessent pour reparaître le surlendemain ou trois jours après. Dans l'intervalle, calme relatif. La belladone apporte seule du soulagement. Tous les narcotiques et antispasmodiques ont été essayés sans succès.

Fin décembre. Le malade demande son *exeat*. Il va beaucoup mieux ; les forces sont revenues. Douleurs moins vives, moins fréquentes.

25 janvier 1873. C... rentre. Faciès terreux, amaigrissement très-grand. Chez lui le mieux dont il jouissait à sa

Digitized by Google

sortie de l'hôpital ne s'est maintenu que pendant quelques jours. Peu à peu les coliques sont revenues par accès de plus en plus rapprochés, et aujourd'hui elles sont continues.

L'abdomen est tendu, douloureux à la pression ; on ne sent aucune tumeur. Lorsque les coliques atteignent leur summum d'acuité, on voit le ventre soulevé par l'intestin en mouvement et qui forme comme une couronne tout autour, de sorte que l'on croirait à des contractions du gros intestin. Mais l'autopsie nous démontrera que ces anses contractées appartiennent à l'intestin grêle, cherchant à se débarrasser de matières qui l'obstruent. Rien ne peut soulager le patient.

10 février. Dans la journée, abondants vomissements noirs.

Soir. Mort à sept heures.

Autopsie incomplète vingt-six heures après la mort. L'abdomen se trouve déjà dans un état de décomposition assez avancé. Il est volumineux et affecte une forme conique. Au niveau des pubis, incision par laquelle on tire peu à peu tout le tube digestif que l'on sectionne au-dessous du diaphragme. L'estomac offre ceci de particulier : en trois ou quatre points sur la face interne, petits épanchement sanguins ou plutôt pointillé ecchymotique semblable à celui que l'on voit sur l'estomac des alcooliques. C'est là que se trouve probablement le siége de l'hémorrhagie.

L'intestin grêle dans toute la longueur est très-distendu, très-volumineux; sur la face externe, on constate en grand nombre des arborisations vasculaires. Vers la fin de l'iléon, quelques adhérences relient le rein droit à l'intestin. Un peu plus bas, et à leur point de réunion, l'iléon et le cæcum présentent un volume beaucoup plus considérable qu'à l'état normal; et leur ensemble uniformément dilaté figure une tumeur arrondie, très-résistante, dont les parois ne sont autres que les tuniques intestinales singulièrement hypertrophiées. Tout l'intestin grêle est rempli de gaz et de matières fécales jaunes très-liquides. Le gros intestin, au contraire, est à peu près vide. La valvule iléo-cæcale a complètement perdu sa disposition anatomique. Du côté de l'intestin grêle

Digitized by Google

elle se réduit à un orifice infundibuliforme séparé en deux par une bride verticale.

Du côté du gros intestin il existe au lieu de valves un véritable cylindre intestinal épaissi, faisant dans le cæcum une saillie de 0m,03 environ, comme si la fin de l'intestin grêle s'y fût invaginée. La putréfaction, déjà fort avancée, a modifié la couleur de la muqueuse.

Celle-ci est couverte de petites villosités en grappe, pédiculées, dont quelques-unes sont ouvertes par un travail d'ulcération et laissent suinter de la matière colloïde. D'autres sont complètement closes et remplies de la même matière. Dans l'une d'elles, on a trouvé un calcul de forme irrégulière, du volume d'un petit haricot, de couleur grisâtre, friable. A la coupe, il présente un aspect feuilleté, blanc sale.

En aucun point de l'intestin, on ne peut constater de véritable obstruction, mais un simple rétrécissement. Le diamètre du cylindre intestinal, invaginé à ce niveau, présentait environ le diamètre d'une pièce de vingt centimes. Au-dessous de la tumeur tout le gros intestin est atrophié, revenu sur lui-même.

PRÉSENTATIONS.

M. Gailleton présente une malade atteinte en apparence d'un pityriasis nigra, chez laquelle la maladie a débuté par une affection sécrétante qui se renouvelle à intervalles plus ou moins réguliers, de telle sorte que pour Hebra cette malade serait atteinte d'eczéma chronique. Cependant on n'observe rien d'analogue à l'eczéma tel qu'on l'entend ordinairement. Quelles sont les altérations subies par la peau? Inflammation de la couche papillaire, accumulation du pigment dans la couche muqueuse de Malpighi, prolifération excessive de l'épiderme et poussées vésiculeuses.

Digitized by Google

DISCUSSION.

M. Dron demande si on a observé quelques modifications du côté des urines ou des capsules surrénales.

M. Gailleton. Rien n'a été observé dans les urines, du moins au point de vue du sucre et de l'albumine, ni vomissements ni douleurs rénales, mais seulement un état d'affaissement en progression constante avec le développement de la pigmentation. Il y a eu des crises, des poussées fébriles pendant lesquelles la malade n'a pas été observée, et où il y a eu peut-être des altérations des urines. Il a vu une autre malade atteinte d'hypertrophie papillaire, de papillomes presque généralisés, qui étaient profondément pigmentés, et cependant à l'autopsie on ne trouva aucune altération viscérale, à part quelques ganglions dans le pli de l'aine.

M. Dron a observé un malade atteint de pityriasis rubra chez lequel il y eut une véritable adénie généralisée, quelques ganglions ont même suppuré. Le malade a guéri après des accidents très-graves.

M. Gailleton a vu plusieurs malades dans le même état que celui de M. Dron. Du reste pour lui les pityriasis rubra et nigra sont une même lésion anatomo-pathologique, et pour toutes deux le pronostic est grave. Ces différentes lésions sont des inflammations catarrhales sèches de la couche papillaire, suivie de cachexie toute particulière.

M. Horand croirait chez la malade de M. Gallleton à un eczéma avec accumulation de pigment. Les antécédents sont là pour le démontrer : eczéma localisé à la tête, puis généralisé. Pourrait-on dire qu'il y ait une transformation de l'eczéma en pityriasis ? Il faut plutôt admettre qu'il y a là les conséquences d'un eczéma généralisé et non une affection pityriasique surtout, puisqu'on ne sait rien de la nature du pityriasis, soit rubra, soit nigra. Quant à la nature de la cachexie, c'est une cachexie dartreuse, puisque l'affection cutanée tend à atteindre la muqueuse pulmonaire, et la malade lui paraît très-gravement menacée.

M. Dron admet comme M. Horand que la jeune fille a une cachexie dartreuse, et que dès lors le diagnostic anatomique lui paraît bien secondaire. La jeune malade a eu en certains points un eczéma, sur d'autres un pityriasis, et ce sont là de simples modifications de la dartre.

M. Gailleton. Le nom importe bien peu à la chose. Mais on peut dire que cette malade n'a ni un eczéma classique, ni un pityriasis classique : elle a une maladie anormale comme il y en a tant parmi les maladies cutanées. Il hésiterait à qualifier la cachexie de dartreuse, car il ne trouve pas les caractères des maladies ordinaires de la peau, à moins qu'on ne veuille faire de la dartre un asile pour toutes les cachexies inconnues dans leur essence et accompagnées de manifestations cutanées.

Digitized by Google

M. Aubert présente des varices superficielles du membre inférieur, très-développées, sans accroissement notable du volume des veines profondes.

Il montre aussi un lipôme volumineux du cordon spermatique; tous les éléments vasculaires du cordon sont disséminés dans la tumeur, ce qui en aurait rendu l'ablation dangereuse.

DISCUSSION.

M. Icard rappelle à ce propos qu'à un concours pour le majorat, il y a dix-huit ans, une tumeur scrotale fut donnée comme épreuve de diagnostic. C'était un lipôme du cordon, contrairement à l'avis du jury. L'ablation qui en fut faite en témoigna et fut suivie de la mort du malade.

M. Jullien présente un malade atteint d'une luxation du tibia en arrière et en dehors. Le malade a subi un traumatisme grave à l'âge de sept ans. Il a actuellement vingt ans.

DISCUSSION.

M. Horand demande si on ne doit pas mettre les désordres observés sur le compte d'une tumeur blanche développée à l'occasion d'un traumatisme; il le croit, et c'est ce qui diminue singulièrement la rareté de l'observation. Il n'y a pas d'ankylose, il n'y a que gêne des mouvements.

M. Bron croit aussi qu'on a affaire à une ancienne tumeur blanche, et tout malade abandonné à lui-même dans une tumeur blanche un peu aiguë subit des accidents de cette nature.

M. Jullien. Les affirmations du malade dénotent un traumatisme, et il n'y a pas de signe absolu en faveur de la tumeur blanche.

M. Jullien lit une observation de *bubon chancrelleux de l'aisselle*. Il s'agit d'une adénite axillaire à pus virulent survenu à la suite d'une plaie chancrelleuse de l'éminence thénar; le mécanisme de l'inoculation semble avoir été le transport accidentel de la sécrétion d'un chancre préputial minime, cicatrisé au moment où le malade a été observé.

Digitized by Google

DISCUSSION.

M. Dupuy fait remarquer que les adénites axillaires survenues comme dans ce cas à la suite de lésion de la face palmaire de la main sont relativement rares.

SUR L'OPÉRATION DU BEC-DE-LIÈVRE;

Par M. Biot, interne des hôpitaux.

DISCUSSION.

M. Diday a toujours vu pratiquer la suture entortillée, et cette suture était assez solide par elle-même pour qu'on n'eût pas besoin de bandelettes de diachylon et qu'on pût se dispenser de la suture de la muqueuse. Quant aux incisions divergentes que pratique M. Delore lorsque les deux bords du bec-de-lièvre sont inégaux en hauteur, il n'y voit pas d'avantages et un sérieux inconvénient, celui d'une notable augmentation de la perte de substance.

M. Fochier prend aussi la défense de la suture entortillée, mais à un autre point de vue que M. Diday. D'abord au point de vue de la réunion, elle lui paraît devoir adapter mieux que le fil métallique les surfaces avivées lorsqu'elles présentent un peu de profondeur. Si en effet le fil est enfoncé trop profondément, les bords ont de la tendance à se recroqueviller en dedans, ce qui n'arrive pas avec l'épingle lorsqu'on a soin de la choisir ni trop souple ni trop résistante.

Un autre avantage de la suture entortillée, c'est que la suture peut être très-facilement enlevée sans risque de tirailler et de décoller les parties réunies; elle peut par suite être enlevée de très-bonne heure et remplacée par une suture sèche. Il demande aussi des éclaircissements sur ce que M. Biot a désigné par évidement sous-périosté du tubercule osseux.

M. Dupuy. La suture sèche au collodion lui semble préférable à la la bandelette de diachylon, toujours capable d'irriter les tissus et d'amener des excoriations ou même des accidents plus sérieux.

M. Delore. La suture sèche ne pourrait être dans tous les cas qu'un appui à la suture sanglante, et dès lors elle lui semble inférieure à la bandelette de diachylon, qui ramène de loin et en masse tous les tissus des lèvres et des joues, qui peut être changée facilement tous les jours. Dans la suture entortillée, il craint de voir par l'épingle rigide et droite violenter les lambeaux. Si on les ramène au contact à force de traction sur les fils, deux points de la plaie sont seuls adossés, celui qui est au niveau de l'épingle et le plus superficiel. Il y a dans l'intervalle une por-

Digitized by Google

tion qui bâille laissant libre et envahi par le sang un espace fusiforme. Le fil, au contraire, se modèle sur les tissus, prend la courbe qui lui est imprimée et permet, s'il est fin, de multiplier les points de suture.

La suture de la muqueuse a non-seulement pour but d'assurer la réunion en multipliant les points de contact, mais aussi d'empêcher que l'enfant ne viennent détruire la réunion en glissant sa langue entre les lèvres de la plaie.

Il ne fait d'incision oblique que dans le cas d'inégalité en hauteur des demi-bords de la perte de substance, et dans ce cas il y ajoute une incision horizontale, la dissection et la mobilisation du lambeau ainsi avivé. Quant à l'évidement sous-périosté du tubercule saillant, il le considère comme absolument nécessaire, d'abord pour assurer la réunion immédiate, puis même la réunion une fois les lèvres de la plaie agglutinées. Il a vu en effet les dents poussant sur un tubercule saillant conservé perforer la réunion sept ou huit mois après l'opération qui avait complètement réussi.

M. Diday n'admettrait le procédé de l'incision oblique que dans les cas tout à fait exceptionnels, l'opération devient tout de suite plus compliquée et plus grave. Quant à la saillie du tubercule, il ne voit pas pourquoi M. Delore se décide si facilement à priver l'enfant de plusieurs germes dentaires. Dupuytren emportait la moitié antérieure seulement et laissait deux germes sur quatre, qu'il a vu donner des dents très-utiles. Depuis lors les procédés de refoulement et de mobilisation se sont multipliés, et il y a lieu moins que jamais de se priver du tubercule saillant.

M. Delore. Il y a évidemment confusion. M. Diday parle du tubercule incisif dans le bec-de-lièvre bilatéral. Il ne pratique l'évidement que dans le cas où il y a un tubercule saillant avec une fissure unique. Tout refoulement est dans ce cas impossible. Dans le cas de saillie de l'os intermaxillaire, il fait la section sous-périostée du pédoncule, puis la suture osseuse. Il avait pratiqué une fois ce procédé, mais n'avait pas obtenu de réunion osseuse et attendait une autre occasion lorsque Broca en fit la publication. Depuis lors, il l'a pratiquée plusieurs fois et a obtenu des dents et des arcades dentaires régulières.

Ce que M. Delore a surtout voulu mettre en relief par la communication de M. Biot, c'est la suture de la muqueuse, c'est pour cela qu'il n'a pas insisté sur les becs-de-lièvre compliqués.

Digitized by Google

DE LA PONCTION CAPILLAIRE DE LA VESSIE, ET SPÉCIALEMENT DES INDICATIONS NOUVELLES QU'ELLE FAIT SURGIR ET QU'ELLE REMPLIT ;

Par A. FOCHIER, chirurgien en chef désigné de la Charité.

(Voir la première partie *(Mémoires)*, page 99.)

DISCUSSION.

M. BRON fait la communication suivante relative à la ponction de la vessie.

La ponction vésicale, quelle que soit la méthode employée, a pour but : 1° de vider la vessie ; 2° de soulager le malade ; 3° de permettre au chirurgien de tenter dans des conditions plus favorables le rétablissement de la perméabilité des voies uréthrales ; elle ne fait pas disparaître les lésions organiques, mais elle fait cesser les spasmes qu'elles entrainent et qui sont seuls la cause de la rétention ; à ce point de vue elle est opération non-seulement utile, mais curative d'un accident terrible dans ses conséquences. Je partage sur ce point toutes les idées émises par M. Fochier dans son intéressante communication dont je n'ai eu, à mon grand regret, que les faibles échos.

C'est une opération facile par le rectum ou par l'hypogastre ; la distension de l'organe permet de l'atteindre aisément par les deux méthodes, et déjetant les vésicules séminales des deux côtés, évite leur blessure, peu grave du reste.

Quant aux dangers de l'infiltration urineuse, ils sont prévenus par le défaut de parallélisme des organes intéressés dans l'opération, par la nature spéciale du tissu cellulaire dense qui relie l'intestin à la vessie, et pour la ponction hypogastrique surtout, par la contractilité et l'élasticité puissante des divers plans musculaires de la vessie. Dans les faits qui me sont personnels, je n'ai eu qu'une seule fois à me préoccuper de cette dernière complication ; la statistique de M. Deneffe, portant sur 249 ponctions tant hypogastriques que rectales, ne la mentionne que sept fois.

La canule est en général mieux supportée qu'on ne le croirait au premier abord, et, chose curieuse, surtout pour une vessie altérée.

Au point de vue de la cicatrisation, la ponction rectale a été suivie d'une fistule 8 fois sur 100 ; cela constitue pour le procédé une infériorité que ses partisans ont vainement cherché à pallier, surtout si on la compare à la ponction abdominale, où sur 152 cas jamais on n'a observé de fistule, le trajet, frayé par le trocart, s'oblitérant dès que les voies urinaires étaient redevenues perméables.

Digitized by Google

Au point de vue du rétablissement du cours normal des urines, je crois devoir rappeler une idée que j'ai déjà émise plusieurs fois dans cette enceinte, c'est que dans l'immense majorité des rétentions urinaires si une altération organique est la cause prédisposante, nous devons en chercher la cause efficiente dans un spasme musculaire du col produit suivant la loi de Boyer, par l'inflammation de la muqueuse sus-jacente. C'est ainsi que doivent s'expliquer certains faits de rétablissement spontané du cours des urines ; c'est aussi d'après ces idées qu'on doit regarder la ponction vésicale, par quelque procédé qu'on la pratique, non pas seulement comme une opération palliative, mais aussi comme une opération éminemment curative.

J'ai eu l'occasion de la pratiquer 8 fois; j'ai assisté 7 fois M. Barrier et 1 fois M. Pétrequin; dans ces 16 cas je n'ai pas constaté un seul insuccès; elle a donné dans chaque circonstance tout ce qu'elle pouvait donner; et si l'on veut bien se rappeler qu'il y a quelques années elle était considérée comme une extrême-onction chirurgicale, on comprendra dans quelles conditions fâcheuses nous sommes intervenus; tout chez nos opérés faisait prévoir une fin fâcheuse, et nous aurions pu, sans fausser l'interprétation des faits, exonérer la méthode des faits malheureux s'il nous étaient arrivés. Les mêmes considérations appliquées à la statistique bien plus importante de MM. Deneffe et van Vetter permettent d'atténuer en faveur de l'ancienne méthode la mortalité de 7 pour 100 environ qu'elle accuse.

Si nous comparons à la ponction ordinaire la ponction capillaire par la méthode de Dieulafoy, nous trouvons que dans cette dernière la douleur n'est pas moins vive, et la lésion du péritoine moins facilement évitée. Quant à la possibilité de répéter l'opération plusieurs fois par jour, je crois que le malade, meilleur juge que nous en la circonstance, n'aura pas à s'en applaudir, et que l'innocuité d'un pareil traitement a encore besoin d'être démontrée. Enfin l'obligation d'être toujours à la disposition de son malade et celle d'avoir un appareil spécial doivent être mises en ligne de compte pour le praticien placé en dehors des hôpitaux.

Deneffe raconte que la ponction capillaire a été pratiquée 57 fois sur 6 malades, et qu'il a eu 3 morts; si nous comparons à la vieille méthode non pas le chiffre brut de ces ponctions, mais la mortalité des malades opérés, nous trouvons que les faits observés doivent nous commander une certaine réserve et ne pas nous faire oublier les anciennes méthodes qui ont de beaux états de service et des titres à notre faveur.

M. Fochier. A propos de la ponction vésicale par la voie du rectum, je citerai les faits d'un chirurgien anglais qui m'ont paru très-remarquables : Coock (Edw.) ne craint pas de la répéter, et dans bon nombre de cas il laisse le trocart à demeure; il a cru remarquer que ces derniers cas n'étaient pas aussi heureux que les autres et étaient souvent suivis

Digitized by Google

d'accidents ; tout s'est passé très-simplement, au contraire dans les ponctions répétées.

Quant au parallèle de la ponction par l'ancienne méthode et de la ponction capillaire, il faut, pour le faire avec fruit, tenir compte des indications; lorsque l'obstacle au cours des urines est permanent, je suis d'avis qu'il faut faire la ponction ordinaire avec une canule à demeure; mais l'ancienne ponction *temporaire* doit, suivant moi, être complètement supprimée au profit de la méthode capillaire, qui est moins douloureuse, plus facile et plus inoffensive. M. Bron s'exagère la crainte des malades pour ces ponctions ; j'en ai observé un qui faisait réveiller les internes de garde pour réclamer à chaque instant la ponction qui l'avait soulagé une première fois et qu'il préférait surtout au cathétérisme.

Quant à la statistique de Deneffe et van Vetter, elle me semble bien incomplète; elle ne porte que sur 6 cas de ponction capillaire, alors que l'ouvrage de M. Dieulafoy en cite 20; sur leurs 3 cas de mort, 2 se rapportent à des traumatismes graves du périnée, le troisième à un cas tout à fait désespéré. Enfin, M. Bron nous a paru trop innocenter l'ancienne méthode de l'infiltration urineuse ; Velpeau en a observé deux cas.

CARIE DU ROCHER ; GIRATIONS ; PARALYSIE DU FACIAL ; RAMOLLISSEMENT DU GANGLION DE GASSER AVEC TROUBLES DE NUTRITION DE L'ŒIL ;

Par M. TÉDENAT, interne des hôpitaux.

Antoine-Marie Brunel, vingt-un ans, né à Saint-Just-la-Pendue, entré le 5 avril à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Louis, n° 19, service de M. Létiévant. — Tempérament lymphatique. Santé habituellement assez bonne. Pas d'autre maladie sérieuse qu'une fièvre grave, qui tint le malade au lit les mois d'août et septembre 1873, et fut dénommée typhoïde par le médecin qui soigna le malade.

En octobre, en pleine convalescence, ce jeune homme éprouva un matin, à l'oreille droite, une vive douleur lancinante, s'irradiant à toute la tête et qui, pendant trois jours, le priva de tout repos. Il y avait en outre des tintements dans les deux oreilles, de la céphalalgie frontale et du vertige. Le septième ou huitième jour, il y eut une brusque

Digitized by Google

détente en même temps qu'un flot de pus coula par l'oreille droite.

La surdité fut absolue depuis le début du mal jusqu'au neuvième ou dixième jour de la suppuration. A partir de ce moment, le malade entendit vaguement, mais seulement de l'oreille gauche, les bruits très-intenses ; puis peu à peu l'ouïe est devenue de plus en plus dure. Depuis le mois de décembre, aucun son n'est perçu, la suppuration a continué avec des variations du plus au moins. Il en a été de même de la céphalalgie.

Tout le traitement a consisté en cataplasmes et injections détersives dans l'oreille.

Le 5 avril, à son entrée à l'Hôtel-Dieu, le malade est amaigri et ne perçoit aucun son. Il n'entend pas une montre appliquée sur son pariétal droit ; il dit l'entendre à peine quand on la pose sur le gauche.

La face est déviée à gauche ainsi que la luette. Les paupières à droite, dans leur plus grand rapprochement, sont séparées par un intervalle de 3 ou 4 millimètres en leur milieu. Si on invite le malade à fermer complètement les yeux, la pupille remonte derrière la paupière supérieure qui paraît à son tour se porter légèrement vers l'inférieure, de manière à rendre l'occlusion moins incomplète.

La joue droite est complètement inerte (mastication, rire, action de souffler...)

Pas de rougeur de tuméfaction, ni de douleur au niveau de la région mastoïdienne. Immédiatement en avant du tragus, on trouve un espace de 3 centimètres de diamètre environ, rouge, empâté, douloureux à la pression.

Le lobule de l'oreille, le conduit auditif externe sont rouges, excoriés par le pus qui coule abondamment et même par jets, quand le malade se mouche ou quand on pratique l'exploration de l'oreille moyenne par le procédé de Valsalva. La membrane du tympan manque en effet et en entier, la trompe d'Eustache restant perméable aux courants gazeux ou liquides, qu'on les fasse passer par l'oreille ou par l'ouverture pharyngienne de la trompe.

Digitized by Google

Le malade éprouve de la céphalée gravative, plus vive vers la région auriculo-temporale droite. Il prétend ne pas souffrir dans l'oreille, mais plus profondément.

Le pus est balayé par un courant d'air poussé au moyen de la sonde d'Itard et de la boule de Politzer. Il sort par l'oreille en produisant un gargouillement à grosses bulles. Injections détersives dans l'oreille. Médication tonique.

15 mai. Même état de la fonction auditive. La suppuration est toujours très-abondante et chargée de poussière osseuse. Le malade a même pu isoler deux petits séquestres, dans lesquels il n'est guère possible de reconnaître des osselets de l'oreille moyenne.

La déviation faciale a augmenté. L'œil droit est souvent atteint de conjonctivite hyperhémique qui disparaît au bout de quelques jours, sans entraîner aucun désordre fonctionnel appréciable.

Dans la station verticale, le malade éprouve souvent des vertiges qui l'obligent à s'asseoir ou à prendre un point d'appui afin de ne pas choir. Il se promène une bonne partie de la journée, la face fortement tournée à gauche, la joue appuyant sur l'épaule de ce côté.

Il y a toujours de la céphalée profonde, tantôt légère, tantôt très-vive. Le vertige suit dans ses variations la céphalalgie. L'appétit est assez bon, l'état général un peu amélioré.

On continue le même traitement.

20 Juin. Depuis le 25 mai environ, la céphalée est plus marquée, le vertige a augmenté, le malade reste plus longtemps couché et toujours sur le côté gauche. Quand il se lève, il prend difficilement son équilibre et décrit des giratations plus ou moins complètes sur son axe vertical en même temps qu'il marche circulairement. Il n'est pas rare de lui voir accomplir en quelques pas trois ou quatre tours complets sur lui-même. Tous ces mouvements on lieu de droite à gauche. Le malade est tout étonné de tourner malgré lui.

La déviation faciale a augmenté, l'occlusion des paupière

Digitized by Google

est moins complète. Aucune contraction sensible du côté droit de la face au moyen de l'électricité. — Même traitement.

30 juin. Les vertiges ont un peu diminué ces jours derniers; il n'y a pas de girations complètes, mais de simples oscillations, selon l'axe transversal, qui se produisent quand le malade descend du lit ou se lève d'une chaise où il était assis et après lesquelles il parvient à prendre son équilibre. Il se promène plusieurs heures par jour, la tête fortement tournée en haut et à gauche et c'est surtout quand on l'invite à la porter à droite que les oscillations sont le plus marquées.

La suppuration est toujours très-abondante, la trompe perméable. Une fistule carieuse s'est produite à la partie postérieure de l'os malaire droit.

Une seconde fistule s'est faite à la région thoracique et mène sur la cinquième côte droite. Toutes les deux suppurent peu ; la fistule costale s'accompagne d'une horrible névralgie intercostale.

La céphalée est moins vive. Depuis quelques jours le malade a une toux sèche, quinteuse, avec expectoration mucopurulente peu abondante le matin seulement. — Même traitement.

10 août. Même état. Depuis quelques jours le vertige est plus marqué; il augmente pendant deux, trois jours, puis diminue. La céphalalgie paraît avoir nne marche analogue. La conjonctive est toujours le siége d'une hyperhémie d'intensité variable, sans aucun trouble fonctionnel digne d'être noté.

1er octobre. Le même état persiste ; pourtant le malade maigrit, s'affaiblit, souffre davantage de la tête, se lève moins. Il est couché sur le côté gauche, le tronc et les membres inférieurs fortement fléchis, avec de la tendance à glisser au fond du lit.

La toux est plus fréquente, l'expectoration nummulaire est assez abondante.

28 octobre. Depuis quelques jours le malade ne se levait plus que pour aller à la chaise, ressentait une céphalée gravative plus profonde, mangeait peu. Les girations, dans la

Digitized by Google

position verticale, étaient revenues à peu près comme en juin. La suppuration n'avait subi aucune modification ; il n'y avait pas d'état fébrile notable.

Hier matin, il ne s'est pas levé. Il souffre horriblement dans toute la tête, se met difficilement sur son séant et, dans cette position, éprouve du vertige et l'action d'une force irrésistible qui le force à prendre quelquefois brusquement le décubitus sur le côté gauche. Alors il tombe lourdement de ce côté sur le lit.

29 octobre. Le malade ne s'est pas levé aujourd'hui ni hier. Couché sur le côté gauche, le nez contre le matelas, le tronc et les membres inférieurs fortement fléchis, il glisse au fond du lit, ne répond que par des monosyllabes entrecoupés aux signes qu'on lui fait, ne lit plus comme autrefois les demandes écrites qu'on lui présente, est incapable de la mimique expressive, au moyen de laquelle il rendait jadis si bien compte des sensations qu'il éprouvait. De toute la journée il n'a ni bu ni mangé. La peau est chaude, sèche, la respiration irrégulière, suspirieuse. Il a eu quelques nausées et a vomi deux fois. Température et pouls (le soir) 39° — 92.

30 octobre. Dans la nuit, délire (paroles entrecoupées, cris de frayeur), convulsions très-marquées des membres et du tronc. Mouvements rotatoires et oscillatoires de la tête. Ce matin, à huit heures, il y avait un calme relatif.

A neuf heures et demie, le tronc repose sur la partie droite de sa face dorsale, la tête fortement tournée en haut et à gauche, le tronc étendu, la cuisse et les jambes fléchies. Le malade glisse au fond du lit.

La conjonctive droite est très-hyperhémiée ; quelques flocons muqueux sont rassemblés au grand angle de l'œil ; il n'y a pas de trouble nutritif appréciable de la cornée.

Les yeux sont fortement et fixément tournés à gauche et en haut. Par moments, ils se portent brusquement à droite, mais reviennent de même à leur position première. Les pupilles sont contractées.

Du côté droit l'avant-bras est fléchi, le coude collé au tronc,

Digitized by Google

les doigts crispés en demi-flexion. Il y a un léger degré de contracture.

Le membre supérieur gauche est étendu. La main qui est en haut oscille en tous sens à la recherche de quelque objet qu'elle veut saisir. Quand elle l'a atteint, elle gratte avec force; la main droite porte de profondes égratignures ainsi produites.

La respiration est irrégulière, suspirieuse, entrecoupée de cris faibles, mal articulés. Nausées. Deux vomissements depuis le matin à huit heures.

L'haleine est fétide, les dents, les gencives fuligineuses. La suppuration de l'oreille est très-diminuée, concrétée dans le conduit auditif externe qui exhale une odeur infecte.

La peau est chaude, sèche, la température axillaire à 39°,1, le pouls faible, irrégulier, à 90.

Le soir, à cinq heures, l'état du malade n'a pas sensiblement changé. Il a eu quelques vomituritions. Le pouls est imperceptible, la température à 39°,4, les mouvements carphologiques moins étendus.

31 octobre. Le malade est mort ce matin à six heures.

Autopsie faite le 2 novembre à midi. — La voûte crânienne est facilement enlevée et n'offre rien de particulier à noter. Il en est de même des méninges et du cerveau à la face supérieure de celui-ci, et à la partie antérieure de sa face inférieure. Rien non plus aux étages moyen et postérieur du côté gauche.

A l'étage moyen droit : adhérences qui rendent difficile l'extraction du cerveau en ce point.

La dure-mère est gris-jaunâtre, épaissie, assez adhérente aux os au niveau de la partie inférieure de l'écaille temporale et de la portion mastoïdienne. Dans toute la partie qui correspond au rocher, elle est molle, réduite en un détritus grisâtre, adhérent à l'arachnoïde à laquelle elle est restée collée.

Aux mêmes points, l'arachnoïde est épaissie, adhérente à la pie-mère et à la substance nerveuse. A sa face externe se voient des lambeaux gris, jaunâtres qui appartiennent à la

Digitized by Google

dure-mère et des flocons caséeux qu'un mince filet d'eau suffit pour enlever.

La substance nerveuse, saine en tous les autres points, est ramollie, jaunâtre à ce niveau, sur une épaisseur variant selon les points de 4 à 6 millimètres. Si on saisit la pie-mère avec une pince pour l'arracher, la substance cérébrale l'accompagne, d'où résultent des érosions superficielles en quelques points, plus profondes et cratériformes en d'autres points. A l'incision, on ne voit aucun foyer purulent, ni aucun nodule caséeux.

Le rocher est à peu près en entier réduit à l'état de séquetre mobile.

Une portion limitée en haut par la partie supérieure du conduit auditif interne, en avant par une ligne verticale menée à un demi-centimètre en avant de la partie antérieure du même conduit; en arrrière, par une ligne légèrement oblique en bas et en dehors, tirée à un centimètre derrière le bord postérieur de ce conduit, est seule adhérente à l'occipital. Le noyau osseux présente des îlots d'un rouge grisâtre un peu ramollis. On peut, sans grand effort, le faire mouvoir dans son articulation avec l'occipital.

On remarque un petit séquestre formé par le sommet du temporal, traversé par l'artère carotide qui est perméable et épaissie à ce niveau. En saisissant l'artère avec une pince on peut la faire mouvoir avec ce séquestre qui l'enlace à la manière d'un anneau et est libre de toute adhérence avec les parties voisines.

Le reste du temporal jusqu'à sa base est détaché sous forme de séquestre, sans adhérence en aucun point.

Tous ces séquestres sont grisâtres, creusés de canalicules remplis de matière caséeuse, non éburnés. Il est impossible de retrouver la moindre trace des canaux de l'oreille interne.

A la face externe du temporal, on voit une large solution de continuité mesurant 3 centimètres dans son plus grand diamètre vertical, 2 centimètres dans son plus grand diamètre antéro-postérieur. Elle correspond à toute la portion tympa-

Digitized by Google

nique du temporal qui manque depuis la racine longitudinale de l'apophyse malaire, jusqu'à la scissure de Gasser et l'apophyse mastoïde.

Le pourtour de cette ouverture est grisâtre avec quelques petits amas caséeux, rugueux, esquilleux.

L'articulation temporo-maxillaire est saine, sauf un léger épaississement du tissu périsynovial à la face postérieure de l'articulation.

Le facial et l'auditif sont interrompus à leur entrée dans le conduit auditif interne et réduits à un cordon d'un centimètre environ de longueur, épaissi, jaunâtre, ramolli, enveloppé d'un amas caséeux. On n'a pu retrouver le facial à sa sortie du trou styloïdien, lequel est complètement détruit.

Les muscles faciaux du côté droit sont jaunes, tout à fait graisseux, sans aucun point rouge qui rappelle leur couleur primitive. A gauche, ils sont très-développés, rouges, fasciculés.

Au sommet du poumon gauche, on trouve quelques rares tubercules en voie de ramollissement.

Le poumon droit est farci dans toute son étendue de tubercules qui, au sommet, sont complètement ramollis, d'où résultent quelques cavernules. Ils sont à un degré d'autant moins avancé de leur évoluion qu'on les observe plus près de la base.

Adhérences pleurales très-légères au sommet gauche.

A droite, les adherences sont très-épaisses, surtout à la base du poumon, où la plèvre est épaissie, caséifiée et présente à la coupe quelques rares tubercules légèrement jaunâtres. Le point maximum de l'épaississement correspond à la cinquième côte, sur laquelle vient aboutir perpendiculairement un trajet fistuleux très-court, s'ouvrant à la région thoracique latérale. Les parois de ce trajet sont très-indurées; la face externe de la côte, sur une étendue de 3 centimètres environ, est rugueuse, grisâtre, sans bourgeons charnus et recouverte de petits points caséeux. Il n'y a aucune communication entre la plèvre et la fistule.

Digitized by Google

Le point carieux de l'os malaire est peu étendu et présente absolument les mêmes caractères.

Le cœur est petit, pâle.

Cette observation est intéressante à bien des points de vue. Et d'abord l'infiltration tuberculeuse des poumons et de la plèvre, l'aspect grisâtre, sec des séquestres, l'absence des fongosités caractéristiques de la carie, la présence de flocons caséeux dans les vacuoles dont ils sont percés, font penser à une affection tuberculeuse du rocher.

Que la maladie ait commencé par le dépôt de tubercules ou que ceux-ci se soient produits ultérieurement, il est fort peu probable que le processus pathologique ait débuté par le rocher et l'oreille interne. En effet, une lésion grave de cette partie de l'appareil auditif peut seule expliquer les symptômes du début : surdité complète, même pour les sons qui résultaient de corps résonnants mis directement en contact avec les os du crâne (montre sur les pariétaux). Si le mal avait débuté par les parties molles de l'oreille moyenne, ainsi que cela arrive le plus souvent, la sensibilité auditive aurait dû être augmentée ou, pour le moins, normale, quand on employait ce dernier mode d'exploration, ainsi qu'il résulte des expériences de Politzer et Luce.

Les vertiges, les troubles de l'équilibre, les mouvements rotatoires surtout avaient atteint, au mois de juin, leur maximum de développement et avaient permis dès cette époque de diagnostiquer une lésion des canaux semi-circulaires. Ce diagnostic, basé sur des expériences pratiquées par Flourens (*Recherches sur le système nerveux*) sur des animaux et des observations cliniques dues à Hillairet (Société de biologie, 1861), à Trousseau (*Clinique médicale*, vol. 3), à Hinton (*Holmes System of surgery*, vol. 3), etc., a été pleinement confirmé par l'examen *post mortem*.

Dans le cas actuel, comme dans les observations de Knapp, Hillairet (*loco citato*), les rotations avaient lieu du côté malade vers le côté sain. Dans le cas de Trousseau, c'était tout le contraire. Mais ce que la présente observation offre de vraiment particulier, c'est la combinaison des mouvements rota-

Digitized by Google

toires selon l'axe vertical du corps avec les mouvements de progression selon une ligne circulaire.

Rappelons enfin la dégénération graisseuse du ganglion de Gasser et les troubles de nutrition, peu graves du reste, du côté de l'œil correspondant, le ramollissement de l'auditif et du facial à leur entrée dans le trou auditif interne, l'impossibilité de retrouver la moindre trace de ce dernier nerf au niveau du trou stylo-mastoïdien et la transformation graisseuse complète des muscles de la face de son côté.

Avec de pareilles lésions, avec les deux séquestres volumineux mobiles à la face externe de l'étage postérieur du crâne, on se rend difficilement compte de la vie relativement assez active du malade, jusqu'à quelques jours avant sa mort.

Pourtant Hinton (*loco citato*) rapporte deux cas de lésions nécrosiques étendues du rocher et de l'oreille interne, dans lesquels aucun accident grave n'avait accompagné l'extraction des séquestres. Un de ces cas est emprunté à Skaw.

THÉRAPEUTIQUE DES PLAIES ARTICULAIRES DU GENOU.

M. Gayet fait une communication relative à la *thérapeutique des plaies articulaires du genou*, et présente un malade guéri d'une de ces affections par l'immobilisation prolongée dans un bandage inamovible.

DISCUSSION.

M. Fochier commence par faire remarquer que M. Gayet a désigné improprement le bandage par lui employé sous le nom de *ouato-silicaté*. M. Ollier a appliqué ce nom à quelque chose de tout spécial, d'énormes accumulations de ouate, recouvertes d'une bande silicatée. Dans les cas analogues à celui que M. Gayet vient de présenter, l'accumulation de la ouate aurait le très-grand inconvénient de ne pas assurer une parfaite immobilité. Il croit, comme M. Gayet, qu'on doit avoir recours à un bandage qui ne contienne pas assez de ouate pour ne pas se mouler sur les formes du membre, et que l'on doit dès lors appeler simplement *bandage silicaté*.

Les conditions d'âge et de santé doivent être prises en très-grande con-

Digitized by Google

sidération lorsque l'on tente la conservation dans les cas de plaies articulaires. Il peut citer un cas de plaie articulaire aussi grave que celui présenté par M. Gayet et où le bandage silicaté a donné un magnifique succès.

Jeune homme de 29 ans; état florissant de santé. Chute sur le poignet droit d'une hauteur d'un mètre et demi.

Luxation complète des deux os du coude en arrière; fracture du cubitus deux centimètres au-dessous de l'articulation; issue du fragment supérieur à travers la peau; le cubitus est complètement séparé du radius, de telle sorte que le fragment supérieur paraît comme flottant au milieu des chairs. La réduction est assez facile à obtenir après anesthésie; mais soit que l'apophyse coronoïde soit fracturée ou que ce soit la trochlée humérale, la réduction ne peut se maintenir qu'en laissant le membre dans l'extension complète et en roulant immédiatement sur la peau une bande assez serrée. Néanmoins le cubitus a de la tendance à s'échapper en dedans et un peu en arrière.

Bandage silicaté. Le soir on fait une incision au bandage, et l'on sectionne la bande roulée au tour du coude, puis on referme le bandage. La température s'élève le troisième jour à 39°,5. Mais il ne s'établit pas de suppuration. Au bout de vingt jours, on met après anesthésie le membre dans une situation intermédiaire entre l'extension et l'angle droit, car lorsqu'on dépasse cette situation, la luxation a de la tendance à se reproduire. Dix jours après le membre est mis dans la flexion à angle droit. Les douleurs sont très-vives après cette troisième opération. Et quinze jours après, malgré la persistance de l'arthrite, on commence à mobiliser la jointure. L'accident a eu lieu en juillet 1873 ; aujourd'hui l'extension s'arrête à un angle de 150°; la flexion a un angle de 450° ; mais les mouvements de pronation et de supination sont perdus; le radius et le cubitus, quoique éloignés l'un de l'autre, sont pour ainsi dire fusionnés à leur partie supérieure, et l'on peut percevoir quelques ostéophytes autour des têtes articulaires. Tout l'honneur de cette guérison revient à M. Laroyenne, qui a dirigé le traitement et procédé aux manœuvres successives.

Ce qu'il y a de plus remarquable encore que le succès définitif dans l'observation de M. Gayet, c'est la résistance aux indications fournies par la température dans un cas analogue. Je n'ai pas résisté à ces indications, et cela peut-être au détriment de mon malade.

Enfant de douze ans. Chute sur la main droite. Luxation du coude en arrière. Issue de la tête humérale, moins l'épitrochlée arrachée à travers une plaie de cinq centimètres dans le pli du coude. La tête humérale s'était frayée un chemin entre le tendon du biceps et le faisceau vasculo-nerveux et reformait une bride en arrière. La réduction ne fut possible qu'en écartant cette bride en dedans. Tentatives de conservation sans résection. Bandage silicaté. Le cinquième jour, température à 41°, bandage humide, odeur fétide. Ablation du bandage. Le coude n'est pas tuméfié, la plaie est en très-grande partie réunie; il s'écoule une petite

Digitized by Google

quantité de sérosité sanieuse par la partie interne. Le bras est immobilisé dans une gouttière; le gonflement se prononce immédiatement; une arthrite purulente se déclare qui nécessite plusieurs contre-ouvertures, et les fonctions de l'articulation sont d'autant plus gravement compromises qu'il s'est déclaré de la pourriture d'hôpital, et qu'une cicatrice cutanée considérable sera toujours un obstacle aux pansements. Le membre était dans un état si satisfaisant à sa sortie du bandage que je mis à regretter de n'avoir pas suivi la conduite de M. Gayet, au moins de n'avoir pas attendu un jour ou deux de plus.

Quant aux faits d'arthrites traumatiques suppurées, mais non ouverts et guérissant par l'immobilité, je puis en relater un semblable à celui de M. Gayet. Homme de trente-cinq ans. Coup de la pointe d'une faucille à la partie interne du genou droit; le malade ne se préoccupe pas de sa blessure. Huit jours après il est pris de douleurs atroces, accompagnées d'une fièvre intense, plusieurs frissons avec claquements de dents. Il est apporté à l'hôpital quinze jours après l'accident. La fièvre persiste, le genou est fléchi, tuméfié, la synoviale est gonflée de liquide séro-purulent. En un mois le malade fut rétabli, mais il persista des craquements dus au frottement des surfaces cartilagineuses dépolies par l'inflammation excessive. Dans un autres cas d'arthrite purulente, suivie de mort par infection purulente, la suppuration s'établit avec si peu de douleur que le blessé continua à marcher pendant deux jours après le début de la suppuration en vidant sa botte le soir, et ne fit appeler que trop tard un médecin.

M. Bron. Les bandages sont loin de remplir les indications qui les motivent. Au point de vue des plaies, je ne sais jusqu'à quel point elles amènent l'occlusion, mais pour sûr ils ne maintiennent pas les fragments dans de bonnes conditions dans les cas de fractures.

Il y a une vingtaine d'années, M. Seutin plaça sous nos yeux à l'Hôtel-Dieu un certain nombre de bandages dont il nous énuméra les avantages dans une leçon clinique que mes contemporains n'ont pas oubliée. Il employait du coton en grande quantité, du carton pouvant être remplacé par tout autre chose, même par une tige de botte, et par dessus une masse compacte et solide d'amidon.

Ce bandage, qui s'est depuis tant généralisé, n'est pas si parfait qu'on le croit trop communément; il est long à sécher (deux jours environ), la masse de coton employée se tasse et permet la mobilité du membre enveloppé, d'où absence de contention des fragments et souffrance; les saillies osseuses viennent presser sur la coque rigide à l'avant-bras, en amenant à leur niveau des excoriations et quelquefois même des gangrènes. Au membre inférieur il n'est pas rare d'observer au cou-de-pied des douleurs intolérables occasionnées par le glissement en totalité de la coque tout entière.

Digitized by Google

Ayant eu à me convaincre sur moi même des défauts que présente le coton dans ces conditions, je l'ai remplacé par des bandes de flanelle ou de molleton ; je leur ai trouvé l'avantage d'être douces au contact et souples à l'usage ; elles protégent suffisamment contre la dureté des attelles solides qu'on leur superpose, et en se roulant exactement sur le membre, elles en empêchent les mouvements et assurent mieux l'efficacité de l'immobilité ; par dessus ce premier bandage, on applique ensuite celui qu'on veut : bandage amidonné, plâtré, silicaté, etc. ; ils sont tous bons, car ce n'est plus qu'une question de consistance.

Le silicate de potasse qu'on emploie si communément aujourd'hui ne doit pas être manié sans quelques précautions. Au mois de mars 1873, un de nos confrères fut appelé auprès d'une jeune femme qui avait une fracture du péroné ; le silicate dont il se servit pour le bandage étant trop alcalin, lui produisit aux deux mains des brûlures qui allèrent jusqu'à de petites eschares avec ramollissement des ongles et dont il ne put guérir qu'au bout de deux mois ; de plus le surlendemain de l'application de ce bandage notre confrère eut un violent accès de fièvre qui se reproduisit deux jours après ; le douzième jour un phlegmon de la jambe se déclarait, suivi d'une névralgie trachéale qui ne céda qu'à l'application d'une dizaine de vésicatoires. La malade de son côté ne fut pas à l'abri des atteintes de ce silicate. Un peu de liquide qui s'écoula entre la peau et le bandage y produisit des douleurs très-vives et une eschare de la dimension d'une pièce d'un franc.

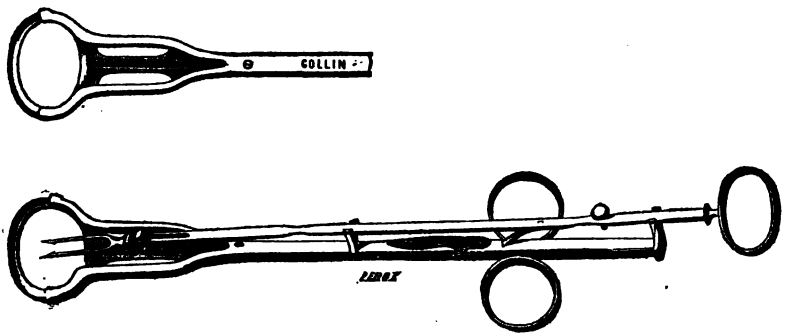
NOUVEL AMYGDALOTOME.

M. Laroyenne met sous les yeux de la Société un nouvel amygdalotome dont il se sert déjà depuis un certain temps. Cet instrument a pour but de déloger l'amygdale de sa loge en la saisissant plus profondément, par conséquent plus solidement, afin que l'anneau tranchant puisse la sectionner à sa base. On évite ainsi les excisions incomplètes, parfois si superficielles, que l'opération peut être considérée comme ayant complètement échoué et d'une absolue inutilité.

Un seul des trois anneaux qui constituent l'amygdalotome est complet ; les deux autres sont des arcs de cercle dont les extrémités se continuent avec la tige de l'instrument en laissant dans leur intervalle un vide qui permet à la fourche

Digitized by Google

de se rapprocher du centre de l'organe à enlever. Celle-ci ne craint pas ou craint beaucoup moins de s'échapper du tissu dans lequel elle est implantée en soulevant la faucille pour l'attirer vers sa ligne médiane. Fortement engagée dans la lunette de la guillotine, son ablation s'effectue ainsi avec facilité.



LUXATION LATÉRALE COMPLÈTE DU COUDE EN DEHORS;

Par M. le docteur HATRY.

Les luxations complètes du coude en dehors sont très-rares; à part les deux cas publiés par Nélaton et le docteur Dénucé, les observations que présentent les divers traités de chirurgie ne sont pas toutes entièrement ou minutieusement décrites; elles semblent pour la plupart se rapporter à des luxations incomplètes que l'on pourrait plutôt appeler des luxations postérieures externes de l'avant-bras, car généralement alors la cavité sygmoïde du cubitus embrasse encore en partie le condyle de l'humérus. Il nous a été donné d'observer à l'hôpital militaire de Lyon une luxation complète du coude en dehors sans fracture, et nous nous proposions de faire une étude générale des luxations latérales du coude quand, au dernier moment, nous avons eu connaissance d'une monographie très-intéressante faite sur ce sujet par M. le

Digitized by Google

médecin principal Salleron, ancien chirurgien en chef de l'hôpital militaire de Lyon (*Mémoires de médecine militaire*, deuxième série, quinzième volume, année 1855, pages 246 à 296). Nous nous étonnons de ne pas voir ce mémoire cité dans les ouvrages spéciaux de chirurgie contemporaine ; aussi nous décrirons simplement le fait chirurgical que nous avons observé, en nous bornant à y ajouter quelques considérations particulières.

Cretin (Josph), né à Besançon le 16 juillet 1851, 2e canonnier au 36e d'artillerie, d'une constitution vigoureuse, sans maladies antérieures, arrive à l'hôpital militaire de Lyon, salle 9, n° 12, le 2 mars 1874, vers neuf heures du matin. Ce militaire entré d'urgence vient de faire un quart d'heure avant une chute dans l'écurie de la caserne Bissuel où il est logé avec sa batterie. Allant prendre un harnachement pour seller un cheval, il a buté contre un caillou pavant l'écurie et sans être chargé d'aucun fardeau, est tombé le corps penché en avant et le bras étendu sur la paume de la main droite. Nous terminions notre visite quand Cretin se présente à nous, et nous le voyons tenant avec sa main gauche son avant-bras droit qui, lorsqu'il n'est plus maintenu, éprouve un mouvement complet de torsion de dehors en dedans et devient ballant comme un bras de polichinelle ou un membre fracturé. Ainsi la face postérieure de l'avant-bras devient externe et la face antérieure interne ; les mouvements de flexion et d'extension sont entièrement abolis ; les mouvements de supination et de pronation sont possibles quand ils sont imprimés. Il existe immédiatement au-dessus du coude, sur la face externe de l'avant-bras, une saillie considérable due aux extrémités supérieures des os de l'avant-bras qui ont conservé leurs rapports entre eux, et soulèvent la masse musculaire de la région externe. Ainsi le diamètre transversal du coude est très-agrandi, il mesure 20 centimètres quand le diamètre transversal du membre gauche est de 13 centimètres. Par la position de l'olécrâne on observe que l'avant-bras droit est un peu remonté le long du bord externe du bras, et la mensuration accuse une diminution de longueur

Digitized by Google

de 2 centimètres par comparaison avec le membre supérieur gauche. Le tendon du triceps brachial est saillant, tendu et dévié en dehors, le tendon du biceps ne présente ni flexion, ni contraction. En touchant de dehors en dedans on sent parfaitement sous la peau la cupule du radius, puis l'olécrâne, la cavité sygmoïde et l'apophyse coronoïde du cubitus, puis on palpe l'épicondyle, la trochlée et la cavité olécrânienne uniquement recouverte par la peau, enfin l'épitrochlée qui est séparée de l'olécrâne d'une distance de 6 centimètres. Tous les ligaments articulaires sont déchirés; les vaisseaux principaux sont intacts, car on sent partout dans le membre leurs battements normaux. Les nerfs semblent aussi intacts; il y a peu de douleur et peu de gonflement malgré les désordres constatés ; mais la lésion vient de se produire. J'opère la réduction immédiatement, le malade est assis, la contre-extension est faite par des infirmiers qui immobilisent le thorax et l'extrémité supérieure de l'humérus, et je charge de l'extension M. le médecin aide-major Bourgeois, tout en pratiquant sur le coude des mouvements de flexion combinés avec une manœuvre consistant à repousser en arrière et en dedans l'olécrâne et l'extrémité supérieure de l'avant-bras. La réduction se fait ainsi subitement et promptement. Le bras est laissé dans la flexion en le mettant dans une écharpe, en le recouvrant de compresses froides et en ordonnant un repos complet ; température 38°,1. Régime doux et peu abondant.

Le 3, pas de fièvre, température 38°,4, peu de gonflement. Mêmes prescriptions.

Le 4, on observe un peu plus de gonflement dû plutôt à un épanchement sanguin amené par la déchirure de quelques vaisseaux que par de l'inflammation articulaire. Température 38°,6. Mêmes prescriptions. Compresses d'eau blanche froide. Repos.

Devant les désordres observés nous nous attendions à des accidents inflammatoires dans l'articulation du coude ; pourtant le 6 nous ne remarquons rien de particulier. Peu de douleur. Le gonflement a bien augmenté encore, mais il n'y a

Digitized by Google

pas de fièvre, et ce gonflement est toujours dû à l'épanchement sanguin qui nous est dénoté par une ecchymose très-étendue. Température 38°,5.

Il ne survient aucune complication du 6 au 10 ; le gonflement diminue ainsi que l'épanchement sanguin, l'ecchymose s'étend encore, et je commence dès lors à imprimer au coude quelques mouvements qui n'amènent qu'une légère douleur. Je continue ainsi chaque jour à faire des mouvements progressifs de flexion et d'extension qui sont moins douloureux et auxquels j'ajoute successivement les frictions excitantes, le massage, l'électricité, le port de poids et de fardeaux. A la fin d'avril l'articulation du coude a repris ses fonctions normales, Cretin enlève avec le membre supérieur droit quinze kilog. à bras tendu, et je puis le faire sortir de l'hôpital le 2 mai 1874.

Ce cas chirurgical est intéressant à plus d'un point de vue ; d'après les faits observés on ne peut mettre en doute que nous avons eu à traiter une espèce si rare de luxation : la luxation complète latérale du coude en dehors sans fracture, que nous ne pensons pas qu'il en existe plus de deux cas bien constatés par la science avant celui que nous décrivons.

Nous devons faire remarquer un symptôme non observé dans les autres cas, c'est la mobilité extrême de l'avant-bras qui se trouve ballant et obligé d'être maintenu comme un membre fracturé.

La facilité de la réduction est à noter ainsi que l'absence de complications d'inflammation articulaire, et la rapidité relative de la guérison, malgré la gravité des désordres constatés : un épanchement sanguin considérable et la déchirure de tous les ligaments articulaires.

Nous avons imprimé de bonne heure des mouvements à l'articulation, vers le cinquième jour après l'accident, et la réduction et les résultats ont été des plus heureux ; nous en concluons aussi par d'autres faits observés ou relatés que l'on ne doit jamais hésiter à agir ainsi toujours quand on ne se trouve pas arrêté par une complication quelconque d'inflammation ou de fracture.

Digitized by Google

DEUX LITHOTOMIES SUR LE MÊME SUJET;

Par M. GIRIN, interne des hôpitaux.

M. GIRIN, interne des hôpitaux, présente les organes génito-urinaires d'un homme qui a subi autrefois deux lithotomies.

Ces pièces anatomiques ont été recueillies sur un homme entré à l'hôpital de la Croix-Rousse, service de M. Fochier, pour une cystite calculeuse. L'examen révéla, en outre, des cavernes du poumon gauche, qui dans les derniers temps de la vie déterminèrent un pyopneumothorax.

Le malade, nommé Rey (Antoine), domestique, né à Bongey (Isère), âgé de trente-neuf ans, avait en 1861 subi deux fois l'opération de la taille à l'Hôtel-Dieu de Lyon, salle de la Clinique chirurgicale. La première fois, aucun calcul ne fut extrait. La seconde, l'opération faite quelques mois plus tard au-devant de l'anus, au même point que la précédente dont la plaie n'était pas encore cicatrisée, donna issue à un calcul montré au malade, réduit en débris. La plaie consécutive mit longtemps à se cicatriser, et des moyens énergiques, tels que cautérisation au fer rouge, furent employés pour y aider. Après un an et demi de séjour à l'hôpital, le malade sortit, conservant au périnée une fistulette qui, pendant la miction, laissait sortir quelques gouttes d'urine. Tout se borna à cette légère incommodité. Quant aux symptômes de cystite, ils ne reparurent plus pendant les onze années qui suivirent.

Le 31 août dernier, il entrait à l'hôpital de la Croix-Rousse, pour des symptômes analogues à ceux présentés en 1861, et dont le second début remontait à huit mois. L'exploration de la vessie n'y révéla pas la présence de calculs. Mais sans parler des autres symptômes de cystite, l'urine laissait déposer de petits grains solides, facilement réduits en poussière. Le 15 novembre, le malade succombait aux lésions multiples déjà signalées.

L'autopsie de l'appareil urinaire révéla les particularités

Digitized by Google

suivantes : Rein gauche normal, un peu congestionné. Le rein droit est réduit au quart de son volume à peu près. L'atrophie porte sur la substance corticale et sur celle des pyramides ; leur tissu est d'une consistance dure, fibreuse. L'examen microscopique suffit pour reconnaître dans cette lésion une néphrite arrivée à sa réparation complète, néphrite ancienne, dont le début doit se rattacher aux accidents qu'à présentés le malade il y a treize ans. Bassinets et uretères sains.

La vessie a ses parois hypertrophiées; mais la capacité n'en est pas augmentée ; sa face interne est tapissée de granulations calcaires, fines, formant une couche épaisse, continue, qui se détache facilement. Alors, elle laisse à nu une muqueuse d'un rouge violacé, vineux, épaissie et molle. Cette coloration et l'incrustation calcaire se prolongent sur la portion prostatique du canal de l'urèthre. Pas de calculs à proprement parler.

Immédiatement au-delà de ce point, et dans sa portion membraneuse, la paroi inférieure de l'urèthre est formée par un tissu cicatriciel qui a succédé à l'incision de la lithotomie. Ce tissu cicatriciel n'a pas déterminé de rétrécissement ; au contraire, il s'est déprimé vers le périnée, et l'urèthre présente en ce point une dilatation de forme conoïde, à sommet tourné vers le périnée et limité par une couche de tissus de 2 à 3 millimètres d'épaisseur, comprenant la peau et la muqueuse uréthrale. Au fond de cette dépression s'ouvre la fistulette qui a à peine un tiers de millimètre de diamètre.

DISCUSSION.

M. Fochier appelle l'attention sur deux particularités de l'observation de M. Girin : 1° L'atrophie du rein droit démontre que la guérison est possible malgré des lésions de néphrite interstitielle très-avancée, puisque le rein a été évidemment malade lors des premiers accidents il y a treize ans. 2° Le mode de cicatrisation du périnée vient à l'appui d'un procédé de traitement des fistules urinaires périnéales rebelles, préconisé récemment par M. Veillemier. Ce procédé consiste à circonscrire la fistule et la région correspondante du périnée par deux incisions semi-lunaires, et à inciser les portions ainsi délimitées, de sorte que l'ouverture uréthrale de

Digitized by Google

la fistule soit au sommet d'une plaie conique à large base. Dans les deux cas cités par M. Voillemier, il a obtenu quelque chose d'analogue à ce qui existait chez le sujet dont on présente les pièces.

M. Icard rappelle à propos de ce fait le cas d'un malade observé il y a vingt ans à l'Hôtel-Dieu, chez lequel, après l'incision périnéale, on ne trouva aucun calcul dans la vessie. Quelques années auparavant, le même chirurgien l'avait opéré avec succès à l'aide de la lithotritie. Les suites de la seconde opération furent heureuses.

VULVO-FERMOIR.

M. Borin présente des appareils dont le principal, auquel il donne le nom de *vulvo-fermoir*, est destiné à remplacer les différents pessaires dans le traitement des prolapsus utérins; d'autres instruments, basés sur le même système, permettent de traiter par l'occlusion des orifices la galactorrhée et l'incontinence d'urine.

DISCUSSION.

M. Marduel ne comprend pas bien comment le vulvo-fermoir peut agir dans les cas très-fréquents où la matrice, tout en étant abaissée, ne se présente pas à la vulve. Quant au traitement mécanique de l'incontinence d'urine et de la galactorrhée, il rappelle trop l'emploi d'un tampon rectal préconisé contre la diarrhée, et ne donnera pas des résultats aussi bons que ceux qu'on obtiendra en agissant directement sur la cause du flux liquide.

M. Fochier. Je présenterai deux objections à M. Borin : les prolapsus utérins sont-ils aussi fréquents qu'il le croit, et les douleurs lombaires doivent-elles jouer dans leur diagnostic la part considérable qu'il leur accorde ?

D'un autre côté, cet appareil en métal rigide et d'un poids assez notable, ne gagnerait-il pas, dans certains cas au moins, à être plus élastique.

M. Borin. La pratique m'a démontré que la vulve supporte mieux l'instrument qu'on aurait pu le croire *à priori*; il m'est arrivé une fois de suspendre à mon vulvo-fermoir mis en place un poids d'un kilogramme sans qu'il lachât prise et sans que la malade accusât de douleur.

Dans les cas où le prolapsus s'accuse par des tiraillements simples sans que l'utérus descende à la vulve, j'ai constaté également que, contrairement à la théorie, il y avait un soulagement réel, que je me suis expliqué

Digitized by Google

par la considération suivante : le vulvo-fermoir donne un soutien solide à l'anneau vaginal, qui à son tour peut supporter les replis vaginaux, d'où de propre en proche immobilisation de l'utérus abaissé ; du reste, dans ces cas, mon instrument pourrait servir utilement à fixer un petit pessaire ou un tampon.

Quant au manque d'élasticité, il est parfaitement compensé par la graduation de pression qu'on peut exercer avec la vis.

FISTULE BRONCHO-CUTANÉE SPONTANÉE ; MORT PAR INFECTION PURULENTE ;

Par M. le docteur MARTEL (de Saint-Malo).

L..., coutelier, âgé de 45 ans, travaille habituellement dans un atelier humide et obscur. Il est doué d'un embonpoint assez considérable, mais en même temps pâle et comme bouffi. Il dit se porter très-bien d'ordinaire, quoiqu'il ait maigri dans ces derniers temps. En mars 1872, je l'ai vu une fois, malgré lui, et sur les instances de sa famille. Je ne constatai alors qu'une légère bronchite à râles disséminés.

L'année 1873 se passe vaille que vaille. On songe à lui faire quitter son métier trop sédentaire. Sans qu'il en eût connaissance, il pâlit, maigrit, tousse plus souvent et à plusieurs reprises ; la toux provoque des vomissements alimentaires. Cette toux sèche et prolongée débute par un chatouillement au gosier. Je constate alors que le pharynx est un peu rouge. Un traitement local, l'usage du quinquina et de l'eau de Vichy font diminuer la fréquence des vomissements.

En décembre 1873, l'état du malade s'aggrave, quoiqu'il n'en convienne pas ; l'appétit est conservé, même pour la viande. Il y a du malaise le soir, et au dire de sa femme, de la fièvre avec délire pendant la digestion du repas du soir, qui est toujours assez copieux. Il n'a pas de frisson, mais un peu de sueur la nuit. Dans les derniers jours de décembre, la diarrhée apparaît, médiocrement intense.

31 décembre. Le malade a conscience d'avoir de la fièvre le soir. J'en constate encore un peu le matin. Mais l'accès

Digitized by Google

du soir est beaucoup plus intense et va chaque jour en augmentant. L'examen attentif des organes thoraciques et abdominaux ne révèle qu'un peu de bronchite. La diarrhée cède facilement à l'emploi du bismuth.

Toutes mes questions sur l'existence possible d'une lésion extérieure reçoivent une réponse négative.

Le 2 janvier, l'urine est examinée; elle est colorée et se trouble par le refroidissement. L'acide nitrique y produit un précipité assez abondant, une légère coloration d'un brun sale; la chaleur dissout une partie du précipité uritique, et laisse persister un très-léger trouble albumineux.

Dans la journée du 2 janvier, le malade prend un gramme de sulfate de quinine. L'accès du soir n'en est pas modifié. La diarrhé ayant cessé complètement, je continue la même dose de quinine, en même temps qu'un régime substantiel.

Ce même jour, le malade, qui avait toujours répondu négativement aux questions que je lui faisais dans le but de trouver une cause à l'appareil fébrile, me fait regarder, sans y attacher d'importance, *quelque chose qu'il avait jusque-là négligé de me signaler.*

A la base du cou, à droite (au-dessous du col de la chemise), un peu au-dessus de la clavicule, et dans le pli qui dessine le bord externe du faisceau sternal du muscle sterno-mastoïdien, et cachée dans ce pli, existe une cicatrice ancienne, de 2 centimètres au plus de longueur et large de 3 à 4 millimètres, dirigée d'avant en arrière et de bas en haut.

Cette cicatrice succède à un petit abcès insignifiant, qui fut soigné par une religieuse, sans le secours du médecin; il suppura peu et se ferma spontanément; il y a de cela deux ans.

J'apprends alors qu'il y a cinq ou six semaines — je ne voyais pas alors le malade d'une façon habituelle — la toux a été plus marquée, l'expectoration a été plus abondante, et un soir, au dire du malade, il y eut un léger crachement de sang.

Il y a huit jours environ (vers le 26 décembre) cette cicatrice

Digitized by Google

s'est rompue sans provoquer aucune douleur, et a donné issue à un suintement liquide trouble peu abondant.

Actuellement à chaque extrémité de cette cicatrice, qui est solide et bien formée, on trouve un pertuis d'où la pression fait sortir à peine une goutte d'un liquide plus séreux que purulent. Les tissus voisins et sous-jacents sont souples, et à peine se sent au soulèvement une bride celluleuse qui s'enfonce dans la profondeur.

La sonde de trousse ne peut pénétrer dans le point fistuleux supérieur ; mais elle entre dans l'inférieur à une profondeur de 15 millimètres environ, en provoquant un très-léger écoulement sanguin qui m'empêche d'insister. On continue la quinine.

L'accès du soir a toujours lieu, ainsi que la fièvre, moins forte le reste de la journée.

Le 4 janvier au soir, pour la première fois frisson violent, avec claquement de dents, pouls petit, refroidissement des extrémités durant une demi-heure au moins.

Sulfate de quinine acidifié. 2 grammes.
Alcoolature d'aconit ..... 3 —

Dans un julep. — Vin chaud à discrétion.

Le 5 janvier, dans la matinée, deux frissons, l'un à cinq heures, l'autre à neuf heures. Même traitement. Alimentation substantielle (viande) que le malade désire et supporte bien.

Dans l'après-midi, j'injecte dans le point fistuleux inférieur quelques gouttes de teinture d'iode officinale pure, sans qu'il se présente aucun phénomène notable.

Il n'y a pas de frisson le soir ; la nuit est bonne ; le malade dort assez bien.

Le 6 janvier. Surdité. Quinquina. Frisson d'un quart d'heure de durée.

A neuf heures, le pouls est toujours fébrile, mais moins fréquent. Je pratique une nouvelle injection de teinture d'iode de la même manière ; mais la seringue fonctionne mieux. Le liquide pénètre bien et il se produit une toux sèche et quinteuse qui cesse dès que j'arrête l'injection. Je reprends celle-ci avec précaution, et il entre à peu près une

Digitized by Google

cuillerée à café de teinture. De suite la toux reprend et le malade rejette quelques crachats brunâtres, à odeur d'iode, qui font bleuir le linge et un papier blanc employé comme essai.

Il était évident que la fistule communiquait avec les bronches; j'avais ausculté avec soin, à diverses reprises, et toujours avec un résultat négatif, les sommets du poumon en particulier.

A ce moment, je constate dans la fosse sus-épineuse droite, dans un point limité, des râles bullaires, fins, serrés, abondants, avec un timbre aigu comme cavernuleux. Résultat de la percussion nul, ce qui peut être dû à l'embonpoint, très-notable encore.

La toux persiste pendant quelque temps, sèche et fatigante. La face est vultueuse et même un peu cyanosée. Graduellement cet état se calme, après expectoration de crachats épais, visqueux, grisâtres, assez semblables à ceux des vomiques écacuées par les bronches; mais ils n'ont pas d'odeur d'iode; ils ne sont pas non plus fétides.

La voix est enrouée, avec sensation de brûlure à la gorge.

Vers midi, nouveau frisson durant une heure; mais le claquement de dents est moins prononcé que dans les accès précédents. Le malade mange malgré tout.

Six heures du soir. Respiration fréquente, un peu de râle trachéal muqueux. Le côté droit est rempli de râles sibilants et ronflants avec quelques bulles disséminées de râles sous-crépitants. Rien à gauche.

Vers le soir, la fièvre augmente, avec délire (sinapismes). Je revois le malade à dix heures; il est assez calme; le délire a cessé. La surdité est très-marquée. Le pouls est moins fréquent. Il n'y a pas eu de frisson. Le malade s'asseoit sans peine et crache facilement, la voix est moins enrouée, mais la respiration est fréquente, avec râle trachéal. La face est marbrée de lividités. A l'auscultation, les râles ont diminué à la partie moyenne.

Le foyer sus-épineux est toujours à peu près le même. Il y a des râles sous-crépitants fins, abondants dans le tiers inférieur. Rien du côté gauche.

Digitized by Google

Cet état reste stationnaire pendant quelques heures. Puis, sans autre phénomène appréciable qu'un peu plus d'oppression, le malade s'éteint le 7 janvier, vers trois heures du matin.

Il est regrettable que l'autopsie n'ait pu être faite; mais au point de vue clinique, telle qu'elle est, cette observation me semble fort intéressante.

Les fistules broncho-cutanées spontanées et directes sont fort rares, car des recherches, limitées il est vrai, mais s'étendant à un certain nombre d'auteurs anciens et modernes, ne m'ont fourni que deux indications. Hérard et Cornil (*De la phthisie pulmonaire*, p. 158) en indiquent la possibilité.

Cruveilhier donne des fistules broncho-cutanées une classification dont la variété broncho-cervicale est la troisième, et à l'appui il cite une observation assez semblable à la mienne, anatomiquement du moins. (*Traité d'anatomie pathologique générale*, tome II, page 560, et *Atlas d'anatomie pathologique*, livraison 22, pl. 5). Mais dans cette observation le passage de l'air se faisait avec bruit par la fistule dans les mouvements respiratoires, et je n'ai vu nulle part d'indication se rapportant à un fait aussi insidieux que celui que je rapporte. Cette absence de symptômes eût sans doute été expliquée à l'autopsie par la disposition valvulaire de quelque point du conduit. Il a fallu du reste que l'injection se fit avec une certaine puissance pour forcer le passage, puisque la pénétration n'avait pas eu lieu à la première tentative. De plus, la sonde n'avait pu pénétrer. L'étroitesse du trajet, et sans doute l'affaissement des tissus faisant soupape, empêchaient donc l'entrée et la sortie de l'air et la production du bruit caractéristique. Il est donc bon d'être prévenu de la possibilité de ces conditions, et le siége d'une ouverture cutanée semblable devra donner l'idée d'une communicati
possible avec les bronches, l'absence de phénomènes stéthc
copiques alors que je songeais à une tuberculisation pulm
naire, ne pouvait me mettre sur la voie. Mais il faut se ra
peler que les perforations pulmonaires peuvent se produi

Digitized by Google

par le ramollissement de masses tuberculeuses très-petites et sans signes caractéristiques. L'ouverture se fait le plus souvent dans la plèvre non encore effacée à ce niveau. Ici une circonstance plus heureuse avait préparé la route à la masse éliminée, puisque sans pneumothorax, sans signe subjectif appréciable, un abcès s'est produit et ouvert spontanément.

Il n'y a pas lieu de discuter la nature du produit morbide point de départ du travail ulcératif. Les détails minutieux que j'ai donnés du début de la maladie me semblent bien prouver qu'il s'agit ici d'une tuberculisation pulmonaire encore peu avancée, et tous les phénomènes locaux dénoncés à la suite de l'injection ne peuvent que confirmer cette idée, que malheureusement l'examen des pièces anatomiques n'a pu changer en certitude.

En pareil cas, le passage du liquide de l'injection dans les voies respiratoires est le seul signe qui permette sur le vivant de constater la nature de la lésion et la communication de la plaie cutanée avec les bronches.

Mais là n'est pas à mes yeux tout l'intérêt de cette observation. Cette question anatomique est une curiosité plutôt qu'autre chose. La nature des accidents qui ont enlevé le malade offre aux yeux du clinicien une importance pratique bien plus grande. Il s'est agi évidemment d'une infection purulente, qui s'est déroulée à ma grande surprise, et en contradiction avec tous les renseignements que me fournissaient l'examen organique et les interrogatoires les plus minutieux. Aux signes douteux de tuberculisation imminente se sont adjoints des signes tout à fait discordants, et depuis le 31 décembre, je n'ai pu que me poser en énigme cette question : qu'est-ce que cette affection qui a toutes les allures de l'infection septique, puis purulente, sans cause locale? Je considère les idées de Verneuil sinon inattaquables comme théorie, du moins se rapprochant aussi près que possible de l'exactitude clinique et comme vraies absolument sous ce rapport. Il m'eût donc fallu, sur ses renseignements négatifs, déshabiller mon malade et lui montrer qu'il me

Digitized by Google

trompait à son grand détriment. La plus petite suppuration constatée, le diagnostic était complété; mais lorsque j'y suis arrivé le mal était irrémédiable.

Mais, de plus, le fait d'une infection purulente, classique, commençant par les phénomènes douteux : diarrhée, bronchite tenace, mais peu grave en apparence, fièvre le soir dont le malade ne s'apercevait pas, amaigrissement, pour arriver au frisson caractéristique par sa violence et sa répétition, ce fait, dis-je, pour une lésion si insignifiante en apparence, est bien anormal dans les conditions où je l'ai observé.

S'il est un fait clinique avéré, sur lequel les partisans des doctrines les plus contraires se trouvent unanimes, c'est celui de la rareté, presque de l'impossibilité de cette complication, au fond de la province, dans une petite ville, chez un individu vivant en dehors de tout milieu nosocomial, de toute influence qui ait pu y préparer son organisme ou en causer la contagion. Et en dehors de son métier qui le retenait dans un rez-de-chaussée, malsain à la longue, ce malade vivait confortablement; un peu amaigri, il résistait à ses parents qui voulaient lui faire changer ses occupations, et il ne se sentait pas autrement incommodé; aucune condition matérielle ou morale, pas plus que la possibilité d'une infection extérieure, ne peut venir s'ajouter à la cause toute locale, qui a suffi en dépit de toute théorie contraire pour créer de toutes pièces l'infection purulente; et cette suppuration, si minime, si bénigne en apparence qu'elle ait pu être, a été la cause unique et suffisante de l'empoisonnement dans un milieu où ces accidents sont pour ainsi dire inconnus.

L'injection d'une très-petite quantité de teinture d'iode pure m'a paru un des meilleurs moyens de combattre les phénomènes de septicémie dans un certain nombre de cas. Ici je ne l'ai employée qu'*in extremis* et dans un but d'influence morale, plutôt que dans l'espoir d'une utilité réelle. La première application toutefois a coïncidé avec une certaine détente des accidents : un frisson a manqué, le deuxième a paru atténué. C'était un résultat inespéré, si toutefois il faut l'attribuer au moyen employé. Mais le bénéfice a été court,

Digitized by Google

et au milieu de l'orage amené par l'entrée de l'iode dans les bronches, l'infection purulente a repris ses droits : un frisson plus long a reparu et la maladie a repris sa marche fatale. En somme, cette injection m'a dévoilé la nature anatomique de la lésion primitive ; mais elle a ajouté aux derniers moments du patient quelques souffrances, peu prolongées il est vrai, car le premier malaise calmé, la réaction organique a été à peine perçue, et la mort est arrivée à son heure, sans violence et sans douleurs notables.

En résumé, la rareté de la lésion initiale, la rareté presque aussi grande de la complication mortelle, et les difficultés dont le diagnostic a été entouré me paraissent rendre cette observation digne d'attirer quelque attention.

DISCUSSION.

M. H. Mollière. Pour la pathogénie de cette fistule broncho-cutanée, je crois qu'on pourrait invoquer l'adénopathie bronchique assez fréquente à l'âge du sujet ; les symptômes de tuberculisation pulmonaire manquent complètement dans ce cas.

Quant à la terminaison par infection purulente, elle semble être plus fréquente que ne le pense M. Martel dans les affections de nature analogue à celle de son malade ; c'est elle qui a emporté les tuberculeux chez lesquels Mossler ouvre les cavernes pour leur appliquer un traitement topique ; c'est également ainsi que succombent bon nombre de pleurésies suppurées mises en communication avec l'air extérieur.

M. H. Coutagne. M. Peter cite dans ses cliniques un point de fistule broncho-cutanée observé dans le service de Cruveilhier ; il s'agit d'un phthisique qui présenta les signes d'un emphysème des parois thoraciques, suivi d'un abcès sous-cutané qui mit en communication une caverne pulmonaire avec la peau ; la mort survint avec des symptômes infectieux analogues à ceux des malades de Mossler.

M. Dupuy. Je rappellerai qu'il y a quelques années M. Favre présenta à notre Société un employé du chemin de fer récemment guéri d'un emphysème sous-cutané généralisé. Au moment de son examen par nous, cet homme ne présentait pas de signes de lésion pulmonaire, et surtout deux ans après, j'eus l'occasion de constater chez lui des signes indéniables d'une tuberculisation avancée.

Digitized by Google

KYSTE OVARIQUE;

Par M. POLOSSON, interne des hôpitaux.

M. POLOSSON présente un *kyste ovarique* extirpé le matin même par M. Gayet, et donne à ce sujet les renseignements suivants :

Il s'agit d'une jeune fille âgée de 18 ans, réglée à quinze ans, chez laquelle le ventre a commencé à grossir au mois de juillet de cette année. Après deux ponctions faites à douze jours de distance, et qui ont donné issue à un litre de liquide, M. Gayet ayant diagnostiqué un kyste myxomateux de l'ovaire gauche, sans adhérences péritonéales, s'est décidé à pratiquer l'ovariotomie.

L'opération a duré deux heures, rendue plus difficile par l'intolérance de la malade pour l'éther. Une première incision, partant du pubis jusqu'à 4 centimètres au-dessous de l'ombilic, n'ayant pas suffi, malgré quatre ponctions faites dans la tumeur, il a fallu la prolonger jusqu'à 3 ou 4 centimètres au-dessus de l'ombilic; le kyste fut alors extrait facilement, vu l'absence d'adhérences; il y eut un peu d'hémorrhagie par la trompe. On réunit la plaie par une suture profonde enchevillée comprenant le péritoine et par une suture superficielle à points séparés; le pédicule est fixé à la paroi par deux épingles et une suture entortillée.

La tumeur, beaucoup plus volumineuse qu'une tête d'adulte, est constitué par un tissu solide contenant plusieurs kystes à contenu variable; l'examen microscopique n'en a pas été fait.

M. DUPUY. La toilette du péritoine n'a pas été mentionnée dans l'observation de M. Polosson.

M. POLOSSON. Elle n'a rien présenté de particulier; des éponges spéciales ont été employées; l'écoulement sanguin a été très-léger.

Digitized by Google

DE L'INFÉCONDITÉ D'ORIGINE SYPHILITIQUE CHEZ L'HOMME;

Par M. LAROYENNE, chirurgien en chef de la Charité.

En dehors des ectopies testiculaires, de l'épididymite blennorrhagique double et des néoplasies syphilitiques et tuberculeuses développées dans les glandes séminales ou sur le trajet des voies spermatiques, on ne connaît guère chez l'homme d'autres causes d'infécondité pouvant s'allier avec la conservation de la puissance génésique.

Je crois pourtant que la syphilis en est une; je veux parler de la syphilis sans lésion testiculaire ou funiculaire, nettement appréciable en clinique.

Je ne conteste pas la fréquence des avortements ni celle des véroles congénitales provenant du père. Cette fréquence témoigne assurément de la persistance du pouvoir fécondant chez un grand nombre, probablement chez le plus grand nombre de ceux qui ont été autrefois contagionnés. Mais, tout en tenant compte de ces données, une observation suivie des pères syphilitiques démontre que leur union reste souvent stérile, plus souvent, toute proportion gardée, que chez ceux qui n'ont pas été soumis à cette infection. Je veux parler des syphilitiques tertiaires. L'évolution de la diathèse s'est développée chez eux malgré le traitement ou à cause de son insuffisance. Toujours est-il qu'elle s'est manifestée à une époque par des accidents d'une certaine gravité.

Je me serais abstenu sans doute de faire cette communication à la Société, si, parallèlement à cette observation, qui a bien son importance, et que tous les médecins ont pu ou peuvent faire, je n'avais eu à l'appui d'autres preuves à invoquer. Mais ayant dû examiner, à cause de leur stérilité, les femmes d'un certain nombre de syphilitiques, j'en ai trouvé cinq dont l'état de l'utérus et de ses annexes, non plus que les fonctions de ces organes ne pouvaient expliquer l'absence de fécondation. Je n'ignore pas que les conformations vicieuses de la matrice ou les tumeurs sensibles de la région ne

Digitized by Google

sont pas les seuls obstacles possibles à la conception, et qu'il peut exister dans l'abdomen des lésions ou des malformations qui échappent à nos investigations. Pourtant la constation de l'état physiologique des organes et des fonctions de la génération chez cinq femmes bien portantes, mariées à d'anciens syphilitiques désireux d'avoir des enfants, étant arrivés à une période de la maladie où la contamination directe de la mère est peu à redouter, et celle du produit de la conception peu probable, doit bien faire penser que l'infécondité ne dépend pas d'elles. Il faudrait pour cela admettre par impossible que les causes de celle-ci sont chez elles toutes à l'état latent.

Je ne relaterai pas avec détail ces observations. Ceux qui en sont l'objet étaient mariés, un depuis trois ans, les autres depuis six, sept, douze et quatorze ans. L'invasion de la maladie remontait de quatre à dix années antérieurement à leur mariage. L'un d'eux n'avait présenté, outre l'éruption cutanée, qu'une ostéo-périostite du tibia terminée par résolution; mais ceux qu'il me reste à signaler, qui étaient indemnes, au moment de mon examen, de tout accident en voie d'évolution, avaient subi autrefois les atteintes les plus graves. Chez l'un, perte des os du nez et de l'ouïe depuis cette époque; un autre avait eu une paralysie de l'oculo-moteur externe à gauche et une paralysie faciale du même côté, celle-ci a fait place à un certain degré de rétraction persistante. Chez un quatrième, de larges ulcérations réapparaissent de temps à autre sur les membres inférieurs. Et ce dernier avait passé par toutes les phases de la maladie, y compris très-probablement une orchi-épididymite limitée à un seul côté.

Mais quelle est donc la lésion qui échappe ainsi à la palpation et qui produit cette infécondité? Il n'est pas impossible que sur le testicule, l'épididyme ou le cordon, cette lésion reste méconnue. Ces organes offrent en effet de nombreuses variétés individuelles appréciables au toucher; et sur un même individu il se produit, d'un moment à l'autre, des changements qui accentuent encore ces accidents de forme et de consistance. Ainsi, serait-on souvent très-embarrassé pour

Digitized by Google

caractériser l'infécondité due à l'épididymite blennorhagique, si l'on n'avait recours aux commémoratifs. Ce qui est vrai pour cette dernière affection l'est vraisemblablement pour la funiculite et l'épididymite syphilitiques, et aussi pour l'orchite fibreuse partielle de même nature. Ces lésions indolentes, souvent anciennes, peuvent passer inaperçues du malade et du médecin. Les premières déterminent l'arrêt de la circulation spermatique, et l'orchite détermine l'anémie testiculaire consécutive aux adhérences de la vaginale. Levin, trois fois sur six dans l'orchite fibreuse partielle, n'a pas trouvé de zoosperme par suite du trouble fonctionnel apporté dans la portion de l'organe restée saine en apparence.

L'examen du sperme, qu'il est toujours ennuyeux de chercher à se procurer, fournira, j'en suis convaincu, la preuve directe de cette infécondité, dont la cause matérielle, jusqu'à plus ample informé, n'est pas révélée nettement par l'observation clinique.

Ces anciens syphilitiques avaient tous suivi un traitement spécifique, mais aucun d'eux, je pense, n'avait pris de l'iodure de potassium en quantité suffisante et surtout en temps opportun. Je suis d'avis en effet de le donner à tous les malades dès l'apparition du chancre infectant. A cette époque, non-seulement la céphalée, mais la fièvre, l'insomnie, la perte des forces et bien d'autres symptômes disparaissent ou s'atténuent sous l'influence de son administration, alors qu'ils résistent à celle du mercure. Dès lors ne faut-il pas admettre que telles lésions latentes, qui se seraient développées dans un organe quelconque, que cet organe soit le système nerveux central ou une glande séminale, seront prévenues ou enrayées à la première tendance de leur formation, si déjà à ce moment l'organisme est imprégné de leur remède spécifique. La thérapeutique de la dyscrasie syphilitique est restée subordonnée à l'évolution chronologique d'une rigueur par trop systématique qui a été autrefois assignée à cette affection. Elle doit être réformée dans le sens que je viens d'indiquer. Et il faut, même à son origine, en vue de l'avenir, se mettre en garde contre l'éventualité de jetées fibreuses

Digitized by Google

ou gommeuses, plus facilement justiciables du traitement ioduré, à cette période, qu'elles ne le seraient probablement plus tard.

DISCUSSION.

M. P. MEYNET. De ce que cinq femmes mariées avec d'anciens syphilitiques n'ont pas d'enfants, il ne s'en suit pas qu'elles pourraient procréer après des rapports avec d'autres hommes. Nous voudrions avoir quelques renseignements sur l'état actuel des organes génitaux des maris incriminés avant de nous prononcer en présence de nombreux faits contradictoires qui témoignent de l'aptitude des syphilitiques à la fécondation.

M. FOCHIER. Il serait important d'examiner le sperme des syphilitiques dont parle M. Laroyenne.

M. H. MOLLIÈRE. Je rappellerai que Liégeois avait constaté la persistance des spermatozoïdes dans la période la plus avancée des maladies cachectiques.

M. H. COUTAGNE. Dernièrement j'ai été consulté par un jeune homme habitant les environs de Lyon et désolé de ne point avoir d'enfant. Marié depuis plusieurs années, il a fait examiner sa femme par deux médecins des plus compétents, qui, m'a-t-il dit, ne lui ont trouvé aucune lésion capable d'expliquer sa stérilité. Quant à lui, il se porte parfaitement bien, et pourtant son sperme, examiné à deux reprises par des hommes instruits, n'aurait pas permis de constater un seul spermatozoïde.

Or ce malade a eu trois ou quatre ans avant son mariage une syphilis indéniable, dont un de ses tibias porte encore un stigmate, et pour laquelle il n'a pris qu'un traitement insignifiant. Un de ses épididymes est induré, mais le reste de ses organes génitaux paraît sain. J'aurais désiré refaire l'examen du sperme de ce malade, et étais tout disposé à lui prescrire un traitement antisyphilitique ; je l'ai malheureusement perdu de vue.

M. MARDUEL insiste sur les difficultés extrêmes qu'on rencontre dans la recherche des causes de la stérilité chez la femme.

M. JULLIEN croit qu'il faut mettre en ligne de compte l'âge de la syphilis. Il connaît certains faits qui lui permettent de croire que des hommes qui ont eu des enfants avant d'avoir la syphilis peuvent perdre du fait de cette maladie le pouvoir d'en procréer.

M. LAURE a constaté l'intégrité absolue des organes d'une femme mariée à un syphilitique et n'ayant pas d'enfants. Le mari, atteint d'accidents cérébro-spinaux graves, a été très-amélioré, et pourtant sa femme est restée stérile.

M. LAROYENNE n'a présenté qu'une observation clinique qui lui paraît

Digitized by Google

d'une certaine valeur. Il est difficile de ne voir qu'une coïncidence dans ce fait de cinq femmes paraissant bien conformées et stériles du fait de maris tous syphilitiques, tous traités incomplètement, et dont quatre avaient eu des syphilis graves.

DE L'ACTION DU BOIS DE CAMPÊCHE SUR L'ALCALINITÉ DE L'URINE;

Par S. COTTON, pharmacien de 1re classe.

M. SOULIER lit, au nom de M. COTTON, une note sur *l'influence du bois de campêche sur l'alcalinité de l'urine.*

Dans une note publiée dans ce journal l'année dernière, j'ai signalé un nouvel antiseptique aussi puissant que beaucoup d'autres, le bois de campêche. La fermentation n'est pas possible dans une infusion de ce bois, le ferment alcoolique est complètement paralysé ; quelques copeaux ont suffi pour faire subitement perdre son odeur à une urine en voie de décomposition, et trente-cinq jours après elle présentait encore des cristaux d'urée. Cette propriété antiputride est probablement due à la facilité d'oxydation de l'hématoxyline ; elle empêcherait la fermentation en se brûlant elle-même, contrairement au permanganate et au bichromate de potasse qui agissent comme oxydants.

Un cas s'est dernièrement présenté à moi où je n'ai pu rechercher si cette action antiputride du bois de campêche sur l'urine ne pourrait pas s'exercer aussi pendant la vie. Le résultat a vérifié la justesse de mes prévisions.

Un homme de 45 ans, jouissant d'une santé satisfaisante en apparence, ressentait cependant, depuis vingt-trois ans, des besoins fréquents d'uriner; mais sans polyurie. Souvent il urinait trois fois par heure, et était obligé de se lever plusieurs fois la nuit; son médecin me l'adressa pour me faire examiner son urine. Immédiatement après l'émission, elle était louche et très-alcaline, et laissa sur le filtre un dépôt assez abondant de phosphate ammoniaco-magnésien; en outre, elle était albumineuse.

Digitized by Google

Cette présence du phosphate ammoniaco-magnésien caractérise, on le sait, l'alcalinité due à la décomposition de l'urée; l'alcalinité, suite de l'administration d'une eau alcaline, ne donnant jamais de ces cristaux.

Par suite de cette analyse, le médecin de ce malade lui a conseillé les eaux de Vichy pour combattre l'albuminurie. Mais ce traitement ne devant être commencé qu'après une quinzaine de jours, je dis au malade de prendre en attendant, matin et soir, une infusion de 2 grammes de bois de campêche. Dix jours après, les urines étaient devenues franchement acides et pures de cristaux de phosphate ammoniaco-magnésien; la proportion d'albumine ne paraissait pas modifiée, mais *les besoins d'uriner avaient considérablement diminué.*

Plus tard, le traitement par l'eau de Vichy a fait disparaître l'albuminurie elle-même.

J'appelle l'attention des médecins sur cette propriété intéressante et précieuse du bois de campêche; les cas où ils pourraient y avoir recours sont fréquents.

ÉTUDE CLINIQUE SUR L'ICTÈTE GRAVE;

Par M. le docteur H. MOLLIÈRE.

(Voir la première partie *(Mémoires)*, page 132.)

DISCUSSION.

M. ALIX a observé dans son service, à l'hôpital militaire, un malade dont l'observation a été publiée par M. Morand, et chez lequel il avait diagnostiqué un ictère grave. A l'autopsie, les lésions trouvées furent si diverses qu'il s'est demandé si dans ce fait il fallait uniquement mettre en cause le foie. Outre une hypertrophie avec cirrhose et dégénérescence graisseuse de l'organe hépatique, il y avait une péritonite et une néphrite parenchymateuse. La marche aiguë de ce cas peut aussi être en partie mise sur le compte d'un érysipèle concomitant. Dans l'urine, on a trouvé une diminution des sels et des cristaux caractéristiques de leucine.

M. LAURE. Les faits dont vient de nous entretenir M. Mollière sont des plus intéressants; mais je ne partage pas sa manière de voir sur *ce qu'on*

Digitized by Google

doit entendre par ictère grave, il y aurait, je crois, un grand inconvénient à faire rentrer dans ce cadre nosologique toute la pathologie du foie.

La première observation de M. Mollière est un fait d'ictère grave très-classique avec l'atrophie jaune aiguë du foie caractéristique. Mais dans la deuxième l'ictère n'est qu'une complication dont il ne faut pas s'exagérer l'importance dans un cancer du duodénum, qui suffit bien à expliquer la mort. La dégénérescence graisseuse du foie observée dans ce cas est des plus communes et se rencontre, d'après mon observation, chez presque tous les cancéreux, surtout d'un âge avancé.

La troisième observation (hépatite aiguë interstitielle et parenchymateuse) est plus probante; mais dans la quatrième l'inflammation hépatique, qui survient sous l'influence d'une oblitération calculeuse du canal cholédoque, est un processus chronique qui nous paraît sans rapport avec l'atrophie aiguë. Enfin, les phénomènes cérébraux qui se sont présentés chez le cinquième malade ne nous semblent pas suffisants, en l'absence d'autopsie, pour nous faire admettre un empoisonnement par les acides biliaires.

M. H. Coutagne. Je ferai à M. Mollière des objections qui se rapprochent de celles de M. Laure. Il lui est arrivé sans doute, comme à moi, de faire des autopsies de malades atteints de cancer du bile du foie interceptant complètement le cours de la bile dans le canal cholédoque; j'ai toujours vu, pour ma part, ces sujets qu'on observe assez souvent dans les hôpitaux, succomber avec un ictère foncé dans la cachexie des dégénérescences du tube digestif, mais sans aucun des symptômes de l'ictère grave. Ces faits nous semblent prouver que la rétention biliaire n'a pas sur l'économie des effets aussi funestes que le croit M. Mollière. MM. Barth et Besnier ne citent-ils pas un cas d'ictère foncé guéri complètement après une durée de sept ans sans interruption !

A propos de la première observation du mémoire qui vient de nous être lu, je demanderai si la malade, fille publique de l'Antiquaille, n'était pas syphilitique; quelques auteurs anglais ont cité des faits (hépatite atrophique aiguë) qu'ils rattachent à la syphilis; le sujet en question n'en offrirait-il pas un exemple ?

Dans la troisième observation, enfin, où des symptômes nerveux graves se sont montrés dans le cours d'une fièvre intermittente, ne pourrait-on invoquer comme explication la mélanémie, dont les auteurs allemands ont constamment exagéré l'importance, mais qu'on doit néanmoins avoir présente à l'esprit ?

M. H. Mollière. M. Laure me reproche de vouloir englober dans l'ictère grave toute la pathologie du foie; mon but est tout différent, et je crois au contraire qu'il faudrait séparer complètement l'atrophie jaune aiguë des autres lésions hépatiques.

Les objections de M. H. Coutagne me paraissent fondées, et j'avoue que

Digitized by Google

cette symptomatologie si différente qu'on observe dans des rétentions biliaires de même origine ne laisse pas que d'être embarrassante ; mais je crois que ces faits pourraient mieux s'expliquer si on recherchait plus souvent les acides biliaires dans les urines, leur présence me semblant être caractéristique des symptômes de l'ictère grave, conformément aux expériences physiologiques de Leyden.

La malade qui fait le sujet de l'observation I ne présentait pas de signes de syphilis viscérale et aucune cicatrice suspecte ; la seule affection vénérienne pour laquelle elle était entrée à l'Antiquaille était des végétations vulvaires.

Quant au malade de ma troisième observation, j'avoue n'avoir pas recherché le pigment dans son sang ; mais son palais n'était pas noir, et son cerveau ne présentait nullement la coloration que Frerichs signale dans les cas de mélanémie.

ENFONCEMENT DU CRANE PENDANT L'ACCOUCHEMENT CHEZ UNE FEMME AYANT DÉJA PRÉSENTÉ LE MÊME PHÉNOMÈNE ;

Par M. DUTRAIT, interne des hôpitaux.

Louise Latard, 32 ans, bonne constitution, accouche une première fois, il y a six ans, à la clinique obstétricale. Après un travail de 70 heures environ, pendant lequel on n'est pas intervenu, probablement parce que l'enfant était mort, M. Bouchacourt applique le forceps.

En janvier 1873, cette femme entre à la maternité de la Croix-Rousse. On entend les bruits du cœur au lieu d'élection de la première position. Le travail se prolonge sans engagement plusieurs heures après la dilatation complète.

On rompt la poche des eaux en faisant accroupir la malade sur le vase. Une douleur très-forte se produisit. A peine a-t-on replacé la malade sur le lit, que l'enfant est brusquement expulsé, franchissant sans temps d'arrêt les deux détroits du bassin.

M. Chaboux a présenté à la Société des sciences médicales (séance de janvier 1873) l'observation de ce cas. Voici le résumé de l'autopsie qu'il a pratiquée :

Digitized by Google

« La tête présente un enfoncement quadrangulaire sur la face antérieure du frontal gauche, enfoncement dirigé transversalement et dont les dimensions sont 3 centimètres de long sur 2 de large, et moins d'un centimètre de profond. Il n'y a pas fracture à proprement parler, mais simple enfoncement. Petits épanchements sanguins entre le péricrâne et l'aponévrose épicrânienne. Trombus gélatineux. 15 grammes de sang répandu entre le lobe cérébral et la dure-mère. Le lobe conserve l'impression de l'enfoncement; la pie-mère est infiltrée, le système nerveux gorgé de sang. »

L'enfant était à terme; M. Chaboux ne nous indique pas son poids, mais nous avons pu nous assurer, d'ailleurs, qu'il était tout à fait petit.

Lundi 14 décembre, la femme Latard se présente de nouveau à la maternité, en accusant des douleurs depuis le dimanche matin. Le mardi, à sept heures du matin, le travail était toujours au même point. La malade marchait, quand tout à coup elle sent le besoin d'aller à la chaise. Une douleur très-vive la surprend, les membranes se rompent et laissent échapper le cordon dont on n'avait pas diagnostiqué la présence.

Immédiatement la sœur se met en devoir de le réduire. Elle échoue aussi bien que dans la version qu'elle tente de pratiquer. On vient nous prévenir. Nous constatons que la tête est fort haut, que l'angle sacro-vertébral fait une saillie très-accessible, et que le pubis porté en arrière est incliné de haut en bas et d'arrière en avant. (M. Chaboux avait évalué le rétrécissement à 9 centimètres.)

C'est en vain qu'aidé de notre collègue Branche nous avons essayé la version à plusieurs reprises, la tête est fixée dans sa position ; on ne peut ni la faire remonter, ni introduire la main, excepté à droite où se trouve un vide assez large pour permettre l'accès jusqu'à une épaule. Pendant que nous envoyons prévenir M. Fochier, nous tentons l'application du forceps, qui ne peut réussir, car on ne pouvait saisir la tête par le diamètre bi-pariétal, et la branche femelle est très-difficile à introduire entre le col qui avance beaucoup et la

Digitized by Google

tête serrée par le bassin. M. Fochier fait éthériser la malade. Quoique en procidence depuis plus d'une heure le cordon bit toujours mais faiblement. Après d'assez grandes difficultés, M. Fochier réussit à faire franchir le détroit supérieur; mais à un certain moment il sent nettement quelque chose qui cède. Croyant que le forceps glisse comme deux fois déjà, il s'assure de la position et trouve la tête descendue. C'est à ce moment que s'est produit l'enfoncement.

Perte utérine abondante (compression de l'aorte, excitation de la muqueuse avec la main) qui cède à l'introduction d'un morceau de glace. Les efforts pour ramener l'enfant à la vie sont stériles.

Autopsie : L'enfant est bien constitué, volumineux, poids : 3 kilogrammes 760 grammes. Il présente à la partie antérieure du pariétal gauche une dépression très-marquée, en partie comblée cependant par un épanchement sanguin. A ce niveau les tissus sont fortement infiltrés, et un caillot assez volumineux les sépare du périoste. Trombus très-étendu, surtout en avant. Infiltrations sanguines en plusieurs endroits de l'épicrâne.

L'enfoncement est triangulaire, le plus grand côté est parallèle à la suture fronto-pariétale, le plus grand angle siége sur la bosse pariétale. On y remarque trois fractures au niveau des plis osseux, deux sont plus marquées en dehors, la troisième est plus apparente à la partie interne. La dure-mère n'est pas rompue. Les parties déprimées mesurent 6 centimètres de long sur 38 millimètres de large et 10 à 11 millimètres de profondeur. Ces dimensions sont sensiblement doubles de celles notées par M. Chaboux; mais il faut remarquer que le dernier fœtus est beaucoup plus gros et a la tête assez volumineuse.

En ouvrant le crâne, une grande quantité de sang s'échappe, le cerveau reste déprimé d'une quantité en rapport avec l'étendue de l'enfoncement crânien, la pie-mère est fortement infiltrée et un caillot la sépare de la dure-mère. On ne trouve pas de déchirure notable.

Voici donc deux fois que la même malade produit pendant

Digitized by Google

l'accouchement une lésion assez rare de la tête fœtale, deux fois que le phénomène s'accompagne des mêmes circonstances accessoires, seulement la première fois le fœtus plus petit a pu passer seul, grâce sans doute à la résistance moindre des os du crâne.

DISCUSSION.

M. Fochier. Je ferai observer que j'ai produit cet enfoncement en tirant sur le forceps des bras seulement, assis, sans aide, c'est-à-dire avec une force minime ; la dépression est néanmoins considérable. Cet accident est du reste souvent moins grave qu'on ne pourrait le croire de prime abord ; je l'ai observé une fois chez un enfant qui a survécu sans qu'il diminuât.

M. Icard. Une femme ayant un rétrécissement du bassin, avait déjà deux fois perdu ses enfants pendant l'accouchement. Dans une troisième grossesse, je décidai avec un de mes collègues que nous pratiquerions l'accouchement prématuré au huitième mois ; mais trompés par la malade, nous nous trouvâmes appelés pour un accouchement à terme et dûmes appliquer le forceps au détroit supérieur. L'enfant naquit avec une dépression qui persiste aujourd'hui depuis vingt-un mois, mais un peu moins accusée qu'au moment de la naissance ; c'est une petite fille vigoureuse dont la santé est excellente.

M. Perroud. J'ai observé deux fois cette lésion ; une fois je l'ai vue se produire au front en dehors de tout rétrécissement et de toute application de forceps ; l'enfant vécut et l'enfoncement disparut quinze jours après sa naissance.

M. Sérullaz. Après une application prolongée de forceps, j'ai observé cet accident sur un enfant venu en état de mort apparente, mais bientôt rappelé à la vie ; quarante-huit heures après tout avait disparu.

M. A. Poncet. Lorsque la première observation d'enfoncement du crâne survenue chez cette femme nous fut présentée, M. Bouchacourt émit l'idée d'une altération osseuse (état papyracé) ; je crois que le crâne qui nous est montré aujourd'hui ne peut faire songer à une telle lésion.

POLYPE UTÉRIN A APPARITION INTERMITTENTE ;

Par M. le docteur Conche.

Appelé auprès d'une femme de trente-cinq ans, sujette depuis deux ans et demi à des ménorrhagies avec douleurs

Digitized by Google

et contractions utérines, M. Conche reconnut sur un col engorgé et dur une ulcération étendue, irrégulière et d'apparence suspecte. Une médication iodo-hydrargyrique, l'emploi des reconstituants et des pansements quotidiens avec une pommade mercurielle amenèrent assez rapidement la cicatrisation de l'ulcère et la guérison de l'anémie, conséquence des ménorrhagies.

Deux mois plus tard, retour des douleurs utérines et des hémorrhagies. L'examen, pratiqué pendant la période menstruelle, fit reconnaître à travers un col mou et entr'ouvert un polype du volume d'une mandarine, dont l'extirpation fut renvoyée à quelques jours. L'hémorrhagie arrêtée, le polype remonta dans la cavité utérine, et l'opération ne put être pratiquée que pendant la période menstruelle suivante, à l'aide d'un écraseur à cordes. Le polype présenta la structure particulière aux corps fibreux utérins.

Depuis l'opération, les règles ont repris leur durée et leur abondance normales, et la malade se trouve dans un état de santé florissant qui contraste singulièrement avec l'état antérieur de faiblesse et d'anémie dans lequel l'avait mise son polype.

En terminant, M. Conche appelle l'attention de ses collègues sur la rareté des hémorrhagies utérines essentielles, la fréquence des ulcérations vénériennes du col de l'utérus et l'existence souvent méconnue des polypes à apparition intermittente.

DISCUSSION.

M. MARDUEL. L'observation de M. Conche nous prouve qu'il ne faut pas, dans l'examen de l'utérus, s'arrêter au col, mais pousser ses investigations autant qu'il est possible, jusque dans la cavité de l'organe; la présence des hémorrhagies qu'a présentées sa malade aurait dû exiger une exploration complète de l utérus, même en pleine métrorrhagie. Le cathétérisme utérin peut donner des renseignements précieux, et ses dangers sont minimes, à condition qu'on ne le pratique pas avec des instruments rigides et qu'on n'ait pas affaire à une déviation flexueuse du canal cervical. Utile au point de vue diagnostique, il répond à une règle importante de la thérapeutique, d'après laquelle on ne doit jamais faire une médication intra-utérine sans dilater le col.

Digitized by Google

Quant aux procédés opératoires applicables aux polypes utérins, sans vouloir rejeter l'écrasement que les Anglais emploient fréquemment avec un fil de fer, je ferai observer que Marion Sims regarde l'énucléation comme la méthode générale de traitement pour ces tumeurs ; elle se rapproche en effet le plus possible de l'expulsion spontanée, qui semble se réaliser normalement dans l'évolution des polypes utérins.

M. Fochier insiste sur les inconvénients de l'écrasement dans les polypes utérins, ainsi qu'en témoigne une récente observation présentée à la Société de chirurgie. Bien souvent l'énucléation intra-utérine devra lui être préférée et ne présentera pas plus de difficulté qu'une délivrance après l'avortement.

M. Boucaud. Dans le cas de M. Conche, le seigle ergoté n'aurait-il pas pu être employé ? Récemment, on l'a vanté en injections sous-cutanées dans des cas analogues ; mais il y a plusieurs années je l'ai administré une fois par la bouche chez une femme qui présentait les signes d'un polype engagé dans le canal cervical ; sous son influence, des contractions utérines se déclarèrent, et la tumeur, devenue vaginale, fut enlevée par simple section du pédicule.

M. Létiévant. Je crois que, dans l'ablation des polypes utérins, il faut tenir un compte sérieux de l'hémorrhagie ; on a en effet constaté quelquefois des vaisseaux artériels volumineux dans le pédicule. Aussi j'emploie fréquemment l'écrasement linéaire, et en me conformant rigoureusement aux règles de Chassaignac, c'est-à-dire en faisant la constriction avec lenteur et sans exercer de tractions. J'ai vu, en effet, après un écrasement trop rapide, se produire des hémorrhagies assez fortes pour nécessiter l'emploi du pessaire Gariel.

Dans l'emploi du seigle ergoté, on a eu pour but non-seulement d'accélérer la sortie du polype, mais d'en amener l'atrophie en agissant sur les fibres musculaires environnantes ; les essais que j'ai faits dans cette voie par injection sous-cutanée n'ont pas eu de succès.

M. Sérullaz. Ayant assisté M. Conche dans son opération, je puis assurer que l'énucléation n'était pas possible dans ce cas. Quant à l'administration du seigle ergoté, il me semble qu'elle ne doit être tentée que lorsque la tumeur est suffisamment engagée ; dans le cas contraire, en effet, elle peut amener des contractions du col et une occlusion du canal utérin opposée au but qu'on voulait atteindre.

M. Bianchi rappelle que M. Larcher insiste déjà sur les polypes qu'on ne constate à l'orifice utérin que dans les périodes menstruelles.

M. Conche, tout en reconnaissant la valeur des préceptes rappelés par M. Marduel, croit que l'exploration de la cavité utérine n'est pas exempte de dangers et doit être réservée pour les cas où l'on peut légitimement

Digitized by Google

supposer une affection de cette cavité. Dans le cas de cette malade, l'examen fut toujours refusé pendant les périodes menstruelles.

Quant aux chances d'hémorrhagie de l'énucléation, elles sont minimes, vu l'hypertrophie des fibres musculaires de l'utérus, qui, d'une façon analogue à ce qui se passe après l'accouchement, doivent se resserrer sur le pédicule sectionné et arrêter l'écoulement sanguin.

DES HÉMORRHAGIES APRÈS L'APPLICATION DU BANDAGE D'ESMARCH.

M. MARDUEL lit un rapport sur un travail de M. Dutrait intitulé : *Des hémorrhagies après l'application du bandage d'Esmarch.*

Ces hémorrhagies ont pour caractères de se montrer dans les douze premières heures et de s'arrêter dès que la plaie est mise à l'air. Le rapporteur s'étonne de la fréquence de ces hémorrhagies qui, d'après les faits recueillis par M. Dutrait, se sont montrées 18 fois sur 24 applications de la méthode d'Esmarch. En effet, cette complication, qui a été signalée également à Paris et à Montpellier, n'a pas été observée par l'auteur de la méthode, non plus que par ses imitateurs allemands et anglais. Est-ce dans le mode de pansement qu'il faut chercher la cause de cette différence ?

M. LÉTIÉVANT. La méthode d'Esmarch ne me semble pas devoir être responsable de toutes les hémorrhagies qu'on observe après son application. Quant à moi, je n'ai observé cette complication que dans les trois cas suivants : 1° Amputation radio-carpienne à deux lambeaux, *pas de ligature*, réunion immédiate, guérison rapide, seulement hémorrhagie provenant de la radiale au huitième jour, peu importante et arrêtée par la suture entortillée. 2° Amputation de jambe à deux lambeaux au lieu d'élection ; réunion immédiate comme dans le premier cas sans ligature. Avant le transport du malade à son lit, hémorrhagie abondante qui s'arrête par la ligature des artères. 3° Amputation de cuisse, torsion de tous les vaisseaux importants, *même de l'artère crurale*; après l'ablation de l'appareil d'Esmarch, l'artère se détord et je suis obligé de la lier avant de pratiquer la réunion immédiate dont le succès ne sera pas complet.

Dans ces trois cas il est naturel d'imputer l'hémorrhagie aux tentatives

Digitized by Google

de non-ligatures que j'ai faites pour obtenir une réunion immédiate plus absolue, et qui dans le premier cas ont pleinement réussi. Est-ce à dire que je veuille innocenter complètement le bandage d'Esmarch des hémorrhagies qu'on lui impute ? Je n'irai pas jusque-là; ayant eu à pratiquer il y a quelque temps une amputation double de jambe pour un traumatisme grave, je fis faire la compression d'un membre par les doigts et celle de l'autre par l'appareil d'Esmarch; je remarquai qu'au moment du pansement l'hémorrhagie de la jambe comprimée classiquement fut bien moins abondante que celle de l'autre.

J'ajouterai quelques mots sur un effet spécial qu'on a attribué au bandage d'Esmarch, c'est-à-dire l'anesthésie du membre anémié. Elle me semble très-incomplète; je l'ai constatée pourtant chez une jeune femme atteinte de tumeurs sarcomateuses récidivant avec une grande rapidité; leur ablation est beaucoup moins douloureuse avec que sans le bandage.

M. D. Mollière. La modification que j'ai imaginée dans le procédé d'Esmarch me semble devoir diminuer les chances d'hémorrhagies consécutives, en permettant de mieux voir l'orifice des vaisseaux dans lequel est refoulé le sang; c'est ainsi que j'ai pu pratiquer 17 ligatures dans un membre atteint d'inflammation chronique avant de supprimer l'ischémie.

Je ferai une autre remarque : la grande fréquence des hémorrhagies qu'on nous signale ne dépendrait-elle pas des pansements ouato-silicatés qu'applique dans tous les cas M. Ollier, dans le service duquel M. Dutrait les a observées si fréquemment ? Une plaie traitée ainsi n'est-elle pas dans les conditions de chaleur tout à fait propre à provoquer l'écoulement sanguin ?

M. Fochier. J'ai observé dans une amputation tibio-tarsienne, dans laquelle j'avais fait dix ligatures après l'ischémie d'Esmarch, une hémorrhagie en nappe d'une persistance très-grande qui me porte à croire que la méthode en question n'est pas sans prédisposer à cet accident.

Quant à la modification de M. Mollière, je crois qu'elle peut avoir l'inconvénient de multiplier sans nécessité les ligatures.

M. D. Mollière. On peut remédier à cela par la torsion ou par les ligatures absorbables que je viens de voir employer très-généralement dans les hôpitaux de Londres.

M. Aubert. Je crois qu'on pourrait expliquer la fréquence des hémorrhagies après l'application du bandage d'Esmarch par l'augmentation de la tension vasculaire causée par le refoulement du sang hors du membre opéré. On pourrait donc, je crois réserver l'ischémie complète pour les sujets profondément anémiés, chez lesquels la moindre perte de sang serait préjudiciable, et dont le système vasculaire serait peu capable de réagir par une hémorrhagie secondaire.

M. Marduel. Je vois avec plaisir que la méthode d'Esmarch n'a pas

Digitized by Google

présenté à ceux qui l'ont employée à Lyon les inconvénients capables de faire oublier les immenses services qu'elle peut rendre. Il est en somme assez surprenant que ces hémorrhagies, dont Esmarch admettait théoriquement la possibilité lors de ses premiers essais, ne se soient jamais présentées en Allemagne et aient été relativement fréquentes en France, non-seulement à Lyon, mais à Paris et à Montpellier. Quoi qu'il en soit, M. Dutrait nous semble avoir indiqué le meilleur moyen de les prévenir, c'est d'attendre le plus longtemps possible avant d'appliquer le pansement.

SUR L'ÉDUCATION DES SOURDS-MUETS PAR LA MÉTHODE DE L'ARTICULATION DES SONS.

M. LÉTIÉVANT, au nom d'une commission composée de MM. Fontan, Perroud et Létiévant, lit un rapport sur un travail de M. Pernot sur *l'éducation des sourds-muets par la méthode de l'articulation des sons.*

Ce travail se divise en trois parties :

Dans la première, l'auteur met en parallèle les deux méthodes d'enseignement du sourd-muet : enseignement par signes, enseignement par l'articulation. La deuxième méthode lui paraît présenter beaucoup d'avantages sur la première.

Dans la deuxième partie, M. le docteur Pernot établit que, le larynx étant intact chez le sourd-muet, il n'y a pas de raison pour que ce larynx ne puisse produire des sons, par conséquent la voix ; s'il peut produire des sons, on conçoit la possibilité qu'il a d'interrompre ces sons et de les articuler. J'ajoute que, non-seulement le sourd-muet a un larynx qui produit des sons, mais encore tout le reste de l'appareil phonateur; il a les lèvres, la langue, le voile du palais intacts et qui se contractent pour produire les consonnes labiales, linguales, gutturales, les voyelles mêmes en imprimant une forme spéciale au porte-voix sus-laryngien. Enfin, il a tout l'appareil nerveux qui commande à ces organes intacts, ainsi qu'au soufflet respiratoire.

Digitized by Google

L'instrument de la parole est complet et sain chez le sourd-muet. Seulement le sourd-muet ne sait pas en jouer.

Il n'aurait même pas son vrai larynx qu'avec un larynx artificiel il devrait encore pouvoir articuler les sons et parler.

La troisième partie du mémoire de M. le docteur Pernot montre comment on apprend au sourd-muet à se servir de son instrument phonateur.

L'enfant n'entend pas; il apprendra par la vue et par le toucher, organes qui suppléeront l'ouïe absente.

L'enfant voit avec les yeux la forme que prend la bouche de son professeur quand il dit la lettre A. Par son toucher il sent vibrer le larynx et le thorax de son professeur quand celui-ci fait raisonner la lettre A. L'enfant cherche à l'imiter : il ouvre sa bouche comme lui, il porte son doigt sur son propre larynx, son thorax et les fait vibrer, et le son se produit. On conçoit la possiblité d'enseigner ainsi les voyelles, les consonnes, les diphthongues, etc. Mais on soupçonne, par avance, la patience et la longueur de temps nécessaire au professeur pour arriver à un résultat.

M. Pernot ne s'est pas borné à lire son travail, il vous a présenté un exemple saisissant de l'excellence de cette méthode d'articulation. Vous avez été frappé, comme nous, d'entendre un enfant de neuf à dix ans parler, livrer ses impressions avec une voix forte, un peu monotone il est vrai. Vous l'avez vu lisant sur les lèvres de son professeur et traduisant à haute voix ce que ce professeur disait.

Nous nous sommes demandé si cet enfant n était pas un exemple réfutant absolument les deux objections principales formulées par M. Edouard Fournier contre la méthode d'articulation. (Communication à l'Académie de médecine, *Gazette des hôpitaux,* août 1874.)

Cet éminent auteur prétend :

1° Que ces enfants ne peuvent pas s'instruire par cette méthode : « C'est, dit-il, les *condamner à une ignorance déplorable* » ;

2° Qu'ils arrivent « à *prononcer plus ou moins bien quel-*

Digitized by Google

ques phrases banales » ; mais que, « quant à penser, ajoute-t-il, il a « *démontré que cela était impossible.* »

Sur le premier point l'interrogation de l'enfant répond d'une manière péremptoire : L'instruction est possible, l'enfant est lui-même plus instruit que beaucoup de ceux de son âge en grammaire, en orthographe, en géographie, histoire, histoire naturelle, arithmétique, etc.

Sur le deuxième point, s'il ne lit pas facilement sur toutes les bouches (il faut pour cela une habitude comme pour lire diverses écritures), il converse avec les siens, il les comprend, les traduit, leur répond. Il parle lui-même avec beaucoup d'entraînement, parfois ne s'arrête pas, tant il a de plaisir à traduire ses impressions et ses pensées.

J'ai voulu savoir si les autres sourds-muets de l'institution de M. Hügentobler étaient aussi développés. Deux, absents en ce moment, sont peut-être plus instruits encore ; ils parlent un peu moins bien.

Un enfant de six à sept ans qui n'est chez le professeur que depuis cinq mois, écrit sous la dictée de son maître, et la note, écrite de sa main, que je mets sous les yeux de la Société, montre que pour cinq mois d'étude il est avancé en écriture et même en orthographe.

L'instrution est donc très-possible par la méthode de l'articulation. Enfin, la parole ne se borne pas à la prononciation de phrases banales, l'enfant pense, sent et rend en langage vraiment humain ses pensées et ses sentiments.

Cette méthode, basée sur une notion essentiellement physiologique, est encore précieuse en ce quelle permet au sourd-muet de se faire entendre de tous et de lire sur les lèvres de tous, par conséquent de comprendre tous les hommes et non pas seulement les sourds-muets comme lui.

Nous avons regretté de ne pas voir cette méthode enseignée en France comme à l'étranger. Il n'y a chez nous que les classes riches qui puissent en profiter. Doit-elle rester un privilége ? Cependant il y a en France plus de vingt mille sourds-muets. Pourquoi n'imiterions-nous pas la Suisse, la Hollande, l'Autriche, etc., où cette méthode est employée

Digitized by Google

dans les établissements communaux à la charge des villes, et dans lesquels tous les enfants, riches ou pauvres, sont indistinctement admis. C'est un vœu à formuler. Mais ce n'est point ici le lieu, je le sais; aussi je me borne à demander à la Société le double vœu suivant :

1° Porter le nom de M. le docteur Pernot sur la liste des candidats à la place de membre titulaire de la Société;

2° Renvoyer son travail au Comité de publication.

Ces conclusions ont été adoptées.

M. Soulier. Il serait bon d'attirer le plus possible l'attention sur les résultats qui nous sont présentés, et qu'on peut mettre en regard des assertions vraiment décourageantes émises récemment à Paris par M. Fournier. Je me rappelle avoir vu moi-même dans le service de M. Ricord un sourd-muet parlant sans hésitation d'après l'examen des lèvres des personnes qui causaient avec lui. Mais je me demande si cette méthode peut se généraliser; il me semble qu'elle nécessite un temps immense (M. Hügentobler consacre, nous dit-on, deux à trois heures par jour pour chaque élève) et une intelligence au-dessus de la moyenne.

M. Alix. Je crois que M. Fournier n'a prétendu regarder comme incurables que les sourds-muets congénitaux qui ne possédaient pas la conservation de la faculté de la parole par la mémoire.

M. Dupuy voudrait savoir si la méthode de l'articulation n'a jamais trouvé de sujets réfractaires.

M. Saint-Cyr. Les avantages de la méthode de l'articulation des sons ne doivent pas nous faire oublier les services innombrables et anciens de la méthode française de l'abbé de l'Épée. Que les riches se servent de la première, je le veux bien, mais je crois que la seconde restera toujours applicable à la généralité des sourds-muets.

M. Létiévant. Je m'explique le pessimisme de M. Fournier par ce fait que les sourds-muets qu'il a observés sont élevés par la méthode mixte très en honneur aujourd'hui en France. Or, si on n'a pas la précaution, suivie dans les établissements suisses, d'interdire complètement toute conversation par signes, l'enfant rebuté par la difficulté de l'articulation des sons arrive très-vite à ne reparler qu'avec ses doigts.

Je répondrai à M. Dupuy que, d'après M. Hügentobler, il n'yaurait pas de sujets réfractaires à sa méthode; un seul lui avait semblé ne retirer aucun profit de son enseignement, pendant dix-huit mois, lorqu'il s'aperçut qu'il faisait fausse route avec lui, et des manœuvres respiratoires et des exercices plus détaillés lui firent triompher de sa résistance.

Enfin, la question pécuniaire a été résolue dans des pays voisins, et en

Digitized by Google

Suisse, par exemple, les pauvres sont élevés par la méthode de l'articulation aux frais des communes. M. Hügentobler dirigeait seul avec sa femme à Genève un institut comprenant une trentaine de sourds-muets.

M. Bron. Tous les sourds-muets conservent-ils ce son de pot fêlé qui nous a frappé chez le sujet qui nous a été présenté ?

M. Létiévant. Ce son plutôt monotone et traînant s'observe chez presque tous les sourds-muets qui n'ont pas conscience des ondulations de la voix. Mais quelques observations permettent de croire qu'on peut aller chez eux plus loin que l'articulation des mots.

OBSERVATION D'ARTÉRIECTASIE ANCIENNE ;

Par M. Magnin, interne des hôpitaux.

Le nommé Pierre Guinand, de Brignais, veloutier, 26 ans, dont l'autopsie m'a fourni les pièces que j'ai l'honneur de présenter à la Société, est entré à l'hôpital de la Croix-Rousse, le 3 septembre 1874, dans le service de M. Soulier (salle Saint-Irénée).

D'après l'observation prise par M. Rabot, alors interne du service, le début de la maladie remontait à un an environ : les premiers symptômes apparus, sans cause déterminée, auraient été *quelques douleurs à la région épigastrique*, survenant surtout après les repas ; en même temps les forces diminuaient, et une faiblesse générale, qui augmente assez rapidement, détermine le malade à venir à l'hôpital.

A son entrée, l'observation signale un *facies* cachectique très-accusé : un peu de gonflement des paupières, avec teinte terreuse des téguments ; une peau sèche, véritable peau de *batracien*.

A part la bouffissure de la face, il n'y avait pas alors d'œdème, soit aux membres inférieurs, soit dans d'autres parties du corps.

Les urines étaient rares, et l'acide azotique n'y déterminait pas de précipité.

Le sang, examiné au microscope, ne présentait pas d'augmentation dans le nombre des leucocytes.

Digitized by Google

Les fonctions digestives s'accomplissaient bien : l'appétit était conservé ; les digestions étaient un peu difficiles, mais il n'y avait jamais eu de vomissements et l'examen de la région épigastrique ne révélait rien d'anormal.

Restaient les organes de la circulation dont l'exploration donna les intéressants résultats qui suivent :

La pointe du cœur battait en lieu normal, la matité cardiaque qui, à gauche, avait ses limites habituelles, se prolongeait à droite sous le sternum et dans le côté droit du thorax, jusque sous la clavicule et au bord antérieur de la région axillaire; à la palpation au niveau de cette matité anormale, on ne sentait pas de frémissement, mais on percevait des battements analogues à ceux de la pointe du cœur, battements perceptibles aussi à la vue, lorsqu'on regardait obliquement ou horizontalement cette région ; il y avait donc comme deux cœurs battants dans la poitrine, l'un à sa place habituelle, l'autre dans la région sous-claviculaire droite.

A l'auscultation de ce second foyer de battements, ni bruit de souffle, ni *thrill*, un très-léger souffle diastolique, doux, à la base du cœur ; les bruits de la pointe étaient bien frappés.

Le pouls radial était régulier : 88 pulsations à la minute.

Les tracés sphygmographiques pris comparativement sur les radiales droite et gauche sont peu différents; le gauche est cependant plus affaissé que celui de droite : ils présentent tous deux un dicrotisme prononcé, mais ni l'un ni l'autre n'ont les caractères des tracés d'anévrysme de l'aorte.

En résumé, la matité absolue, les pulsations perceptibles à la main et à la vue, l'absence de souffle, firent porter le diagnostic : *artériectasie aortique.*

Les phénomènes de compression étaient peu marqués : de la dyspnée et un peu de cornage; il n'y avait pas de dysphagie, ni de signes de compression des pneumogastriques.

La respiration était calme, lorsque le malade se tenait en repos; mais une dyspnée intense survenait après *le plus léger exercice ;* la toux était peu fréquente ; pas d'expecto-

Digitized by Google

ration ; quelques râles muqueux à la base du poumon droit en arrière.

Du côté des autres viscères, je ne trouve à signaler qu'une diminution dans l'étendue de la matité hépatique, qui commençant dans le septième espace intercostal n'atteignait pas les dernières fausses côtes.

L'observation ne note dans les antécédents ni alcoolisme ni rhumatisme ; cependant le malade accusait à son entrée quelques douleurs dans les grandes articulations du côté gauche.

Pendant son séjour à la salle Saint-Irénée, le malade prit de l'œdème aux membres inférieurs ; il survint des coliques, de la diarrhée, des syncopes à diverses reprises; puis l'œdème augmenta, gagna l'abdomen; en même temps la dyspnée devint de plus en plus intense; du délire apparut les derniers jours, et enfin le 22 décembre le malade succombait sous les progrès de son asystolie. Pendant son séjour, les signes locaux ne s'étaient pas modifiés : le souffle de la base devenait quelquefois plus manifeste en se prolongeant vers le second siége des battements. Notons aussi un phénomène de *digitus emortuus* observé pendant huit jours à la main droite.

Autopsie. — A l'ouverture de la poitrine pratiquée quarante heures environ après la mort, les viscères contenus dans le médiastin paraissent considérablement augmentés de volume; les poumons sont rejetés en dehors, surtout le poumon droit dont on n'aperçoit plus que le bord antérieur.

Le péricarde contient un peu de liquide, et présente quelques plaques laiteuses sur son feuillet viscéral.

Le cœur un peu graisseux n'est pas hypertrophié. Mais ce qui frappe d'abord, c'est une dilatation énorme de la partie ascendante de l'aorte; cette poche, quoique vidée déjà en partie et revenue sur elle-même, a les dimensions suivantes :

Sa longueur verticale, de l'origine de l'aorte à la naissance du tronc brachio-céphalique, est de 12 centimètres 1/2 sa plus grande largeur, à la partie moyenne de la poche atteint 7 centimètres ; ce diamètre maximum se réunit ver

Digitized by Google

l'origine de l'aorte et vers le milieu de la crosse qui conserve encore 4 à 5 centimètres de lumière ; à la suite de la crosse, l'aorte descendante présente, sur une longueur de 12 centimètres environ, une dilatation oscillant entre 4 et 5 centimètres de diamètre ; sur cette dernière partie on observe en outre deux tumeurs sacciformes, du volume d'une grosse noix, siégeant la première à la partie supérieure et *externe* de la crosse en dehors de la naissance de l'artère sous-clavière gauche; la seconde, plus volumineuse, a 2 centimètres au-dessous de la précédente, sur la face *interne* et postérieure de l'aorte descendante.

Le tronc brachio-céphalique, la carotide primitive et l'artère sous-clavière gauche ont leurs dimensions normales.

A la palpation on ne sent que quelques points résistants à la main ; dans le reste de son étendue, cette poche a conservé toute son élasticité et elle ne paraît pas avoir exercé de compression sur la trachée et les autres organes voisins.

La membrane interne a une coloration normale ; elle offre de distance en distance des plaques athéromateuses, quelques-unes ayant subi l'incrustation calcaire ; ces plaques d'athérome se rencontrent aussi sur le tronc brachio-céphalique et les artères carotide primitive et sous-clavière, près de leurs naissances.

L'ouverture des tumeurs nous met en présence de deux poches anévrysmales développées entre la tunique interne et la tunique musculaire ; cette dernière est disséquée dans l'étendue de 1 à 2 centimètres autour de la poche, tapissée par des caillots organisés ; la tunique interne, désorganisée en plusieurs points, permet une communication facile entre la poche et la cavité de la dilatation aortique.

Les orifices auriculo-ventriculaires sont sains, les valvules paraissent jouer normalement, sauf les valvules sigmoïdes aortiques qui semblent insuffisantes ; malheureusement l'ouverture tardive du cœur, faite après la présentation des pièces qu'on a voulu conserver intactes jusqu'à ce moment, ne permet pas d'être affirmatif sur ce point.

Les autres viscères n'ont rien offert d'intéressant.

Digitized by Google

M. Soulier nous communique les observations suivantes :

Pourquoi cette poche énorme avait-elle des pulsations aussi faibles? Probablement à cause de la dégénérescence graisseuse du cœur.

Un grand nombre de tracés sphygmographiques ont été pris par M. Rabot sur les deux radiales. Nous regrettons de ne pouvoir les joindre ici. Ce sont surtout des tracés avec plateau ; cependant sur quelques-uns le plateau manque, quoique ces tracés aient été pris immédiatement l'un après l'autre, sans changer de place l'instrument. Il est remarquable de voir combien le plus ou moins de pression du levier influe sur la courbe sphygmographique et en change complètement les caractères.

La parenté d'origine entre les dilatations artérielles et les anévrysmales est établie par l'examen de cette aorte ; l'athérome a engendré ici les unes et les autres.

Le volume considérable de la poche pendant la vie, singulièrement réduit sur le cadavre, mérite d'être signalé, quoique ce ne soit pas un fait nouveau.

Digitized by Google

TABLE DES MÉMOIRES

DE LA

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES

Pendant l'année 1874

L'hygiène oculaire dans les écoles et dans la ville de Lyon; par M. J. GAYAT 3

Observation de contracture du trapèze simulant une déviation de la colonne vertébrale; par M. J.-C.-T. PRAVAZ 29

De la valeur séméiotique des battements de l'artère centrale de la rétine dans les affections cardiaques pour le diagnostic de l'insuffisance aortique; par M. GRANDCLÉMENT 36

Note sur un cas de zona ophthalmique; par M. CARRY 42

Sur un appareil permettant de démontrer expérimentalement l'indépendance qui existe entre la voix et la parole; par M. Frantz GLÉNARD 55

De l'hémiplégie alterne par lésion du pédoncule cérébral; par M. PERROUD 61

Note sur les fistules musculaires idiopathiques; par M. Eugène VINCENT 74

De l'urée et de son dosage; par M. S. COTTON 87

De la ponction capillaire de la vessie et spécialement des indications nouvelles qu'elle fait surgir et qu'elle remplit; par M. A. FOCHIER. 99

Quelques faits pour servir à l'histoire des plaies pénétrantes de l'articulation du genou; par M. GAYET 116

Études cliniques sur la physiologie pathologique de l'ictère grave; par M. H. MOLLIÈRE 131

De l'hémorrhagie dans la compression d'Esmarch à Lyon; par M. DUTRAIT 149

Le sourd-muet parlant; par M. PERNOT 166

Digitized by Google

TABLE ANALYTIQUE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LES MÉMOIRES ET COMPTES-RENDUS DE LA SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES PENDANT L'ANNÉE 1874 (1)

A

	M.	C. R.
Affections cardiaques (de la valeur séméiotique des battements de l'artère centrale de la rétine dans les).....	36	
— Discussion par MM. H. Mollière, J. Gayat, Grandclément, D. Mollière et Laroyenne.....		21
Affection nerveuse; par M. Boucaud.....		101
— Discussion par MM. Alix, Dupuy et Boucaud.....		104
Alcalinité de l'urine (de l'action du bois de campêche sur l'); par M. Cotton.....		149
Amygdalotome (nouvel); par M. Laroyenne.....		128
Anévrysme du cœur; par M. Perroud.....		11
— Discussion par MM. Chauveau, Colrat et H. Mollière....		13
Anus contre-nature (deux cas d'), guérison; par M. Fochier.		3
— Discussion par MM. D. Mollière, Fochier, Dupuy et Laroyenne.....		7
Appareil permettant de démontrer expérimentalement l'indépendance qui existe entre la voix et la parole (sur un).....	55	
Artériectasie ancienne (observation d'); par M. Magnin.....		164

B

Bassin oblique ovalaire; par MM. Lemoine.....		76
— Discussion par M. Fochier.....		78
Bec-de-lièvre (sur l'opération du); par MM. Biot, Diday, Fochier, Dupuy et Delore.....		112
Bronchite pseudo-membraneuse; par M. Lemoine.....		9
— Discussion par MM. Fochier, Soulier, Saint-Cyr, Laure, D. Mollière, Français, Meynet et Icard.....		9
Bubon chancrelleux de l'aisselle; par M. Jullien.....		111
Bubon d'emblée inoculable (nouvelle observation de); par M. D. Mollière.....		23
— Discussion par M. Dron.....		26

(1) Abréviations : M., (Mémoires); C. R. (Comptes-rendus).

Digitized by Google

C

	M.	C. R.
Carie du rocher, girations, paralysie du facial, ramollissement du ganglion du Gasser avec troubles de nutrition de l'œil; par M. Tédenat		116
Céphalœmatome (du traitement du) par la ponction capillaire avec aspiration, suivie de la compression; par M. Laroyenne		43
— Discussion par MM. Marduel, Laroyenne et Dubief		45
Carie du rocher avec paralysie du facial; par M. Morat		172
— Discussion par MM. Aubert, Morat et D. Mollière		172
Contractures des membres inférieurs; par M. P. Meynet		47
— Discussion par MM. Dupuy, Horand, Laroyenne, Clément, Perroud, Bianchi et P. Meynet		49
Contracture du trapèze simulant une déviation de la colonne vertébrale (observation de); par M. Pravaz	29	
— Discussion par MM. D. Mollière, P. Meynet, Pravaz, Dupuy et Icard		46
Croup (sur le traitement du); par M. Dupuy		94
— Discussion par MM. Fochier, H. Mollière, Bianchi, Perroud, Horand, Marduel et Icard		95
Cœur (hypertrophie du); par M. Albert		88
Cystite rebelle, vomissements incoercibles, à l'autopsie néphrite calculeuse ancienne; par M. Lubanski		56

D

Dicrotisme (sur le); par MM. Colrat, Clément et Soulier		79

E

Enfoncement du crâne pendant l'accouchement sur une femme ayant déjà présenté le même phénomène; par M. Dutrait		152
— Discussion par MM. Marduel, Fochier, Boucaud, Létiévant, Sérullaz, Bianchi et Conche		156
Érysipèle du cuir chevelu et de la face; par M. F. Bron		100
— Discussion par MM. P. Meynet, Icard, Horand et Bron		101

F

Fistules musculaires idiopathiques; par M. Vincent	74	
— Discussion par MM. Gayet, Fochier et D. Mollière		106
Fistule broncho-cutanée spontanée, mort par infection purulente; par M. Martel		136
— Discussion par MM. H. Mollière, H. Coutagne et Dupuy		143
Hémiplégie alterne par lésion du pédoncule cérébral (de l').	61	

Digitized by Google

	M	C. R.
— Discussion par MM. Fochier, H. Mollière, Perroud et Dupuy		105
Hémorrhagie dans la compression d'Esmarch à Lyon (de l'); par M. Dutrait	14	
Hémorrhagies (des) après l'application du bandage d'Esmarch; rapport par M. Marduel		150
— Discussion par MM. Létiévant, D. Mollière, Fochier, Aubert et Marduel		158
Hernie crurale gangrenée en dix-huit heures; par M. Lemoine.		31
Hernie ombilicale étranglée; par M. Laure		22
— Discussion par MM. Marduel, Laroyenne, Laure et Debauge		22
Herpès tonsurant; par M. Horand		89
— Discussion par MM. Aubert et Horand		91
Herpès tonsurant et favus sur le même sujet; par M. Horand.		104
— Discussion par MM. Conche, Saint-Cyr et Gailleton		104
Hydronéphrose (deux cas d'); par MM. Soulier et Polosson		92
— Discussion par MM. D. Mollière, Driven, Perroud, Dupuy, Soulier, Coutagne, Clément, Icard, Fontan et R. Tripier		93
Hygiène oculaire dans les écoles et dans la ville de Lyon (l').	3	
— Discussion par MM, Bravais, Gayat, Marduel, Laroyenne, Horand, Français et Debauge		26
Hystéromètre porte-caustique; par M. Laroyenne		14
— Discussion par MM. Marduel, Laroyenne, Boucaud, H. Mollière, Dron et Dupuy		15

I

Ictère grave (études cliniques sur la physiologie pathologique de l')		131
— Discussion par MM. Alix, Laure, H. Coutagne et Humb. Mollière		150
Infécondité d'origine syphilitique chez l'homme (de l'); par M. Laroyenne		145
— Discussion par MM. P. Meynet, Fochier, H. Mollière, H. Coutagne, Marduel, Jullien, Laure et Laroyenne		148

K

Kyste hydatique du foie; par MM. Chandelux et Icard		80
Kyste ovarique; par M. Polosson		144
— Discussion par MM. Dupuy et Polosson		144

Digitized by Google

L

	M.	C. R.
Lipôme du cordon spermatique ; par MM. Aubert et Icard....		111
Lithotomies (deux) sur le même sujet ; par M. Girin.....		133
— Discussion par MM. Fochier et Icard.....		134
Luxation (trois observations remarquables de) ; par M. D. Mollière		38
Luxation du tibia en arrière ; par M. Jullien.....		111
— Discussion par MM. Horand, Bron et Jullien.		111
Luxation latérale complète du coude en dehors ; par M. Hatry		129

O

Ostéome sous-musculaire de la région profonde du pli du coude, ablation ; par M. Lemoine.....		17
— Discussion par MM. D. Mollière et Laroyenne.....		21

P

Phénomènes ophthalmoscopiques qui accompagnent la mort ; par M. J. Gayat.....		73
Pityriasis nigra, présentation d'un malade par M. Gailleton..		109
— Discussion par MM. Dron, Gailleton et Horand.....		110
Plaie du tendon de l'extenseur de l'index droit (suture d'une) ; par M. Conche		97
— Discussion par MM. Dupuy et Conche.....		99
Plaies pénétrantes de l'articulation du genou (quelques faits pour servir à l'histoire des).....	116	
— Discussion par MM. Fochier et Bron.....		125
Polype naso-pharyngien opéré par le procédé de l'abaissement du nez (note sur un cas de) ; par M. Dubief		33
Polype utérin à apparition intermittente (note sur un cas de) ; par M. Conche.....		155
— Discussion par MM. Marduel, Fochier, Boucaud, Létiévant, Sérullaz, Bianchi et Conche.....		156
Ponction capillaire de la vessie (de la) et spécialement des indications nouvelles qu'elle fait surgir et qu'elle remplit..	99	
— Discussion par MM. Bron et Fochier.....		114
Pustule maligne de la face ; par M. E. Vincent.....		81
— Discussion par MM. Fochier, Laroyenne et Vincent.....		100

S

Sondes-gouttières dans la dilatation des rétrécissements difficiles (sur l'emploi des).....		97

Digitized by Google

— Discussion par MM. Icard, D. Mollière, Horand, Bron et Jullien 97
Sourd muet parlant (le)..... 166
Sourds-muets (sur l'éducation des) par la méthode de l'articulation des sons; rapport par M. Létiévant..... 160
— Discussion par MM. Soulier, Alix, Dupuy, Saint-Cyr, Létiévant et Bron 163
Surdité guérie par le procédé de Politzer; par M. Icard..... 74
— Discussion par MM. Debauge, Fochier et Dupuy..... 76
Sucre (de l'influence des antiseptiques sur le dosage du); par M. S. Cotton 54
Syphilis (deux cas de); par M. Gailleton 79
— Discussion par MM. Conche, Gailleton, Dupuy et Dron.. 79

T

Tuberculose miliaire prise pour une fièvre typhoïde, traitement par les bains froids, mort; par M. Savy..... 65
— Discussion par MM. Clément, Français, Debauge et Icard 69
Tuberculose par les voies digestives (transmission de la); par M. Saint-Cyr 28
— Discussion par MM. Perroud, Laroyenne, Jacquet et Chauveau..... 29
Tuberculose transmise au porc par les voies digestives; par M. Peuch..... 30
— Discussion par MM. Jacquet, Boucaud, Peuch, D. Mollière. 30
Tumeur carcinomateuse au niveau de la valvule iléo-cæcale (observation de); par M. Chaboud 107
Tumeur lacrymale gazeuse; par M. Fochier 80
— Discussion par MM. Gayat et Fochier..... 80

U

Urée (de l'influence des antiseptiques sur le dosage de l'); par M. S. Cotton..... 52
Urée (de l') et de son dosage 87

V

Vulvo-fermoir; par M. Borin..... 135
— Discussion par MM. Marduel, Fochier et Borin 135
Zona cervical; par M. H. Coutagne..... 70
— Discussion par MM. Horand et Coutagne..... 71
Zona ophthalmique (note sur un cas de) 42
— Discussion par MM. Horand, Icard, Gayat et Perroud... 50

Digitized by Google

LISTE DES OUVRAGES OFFERTS A LA SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES

Pendant l'année 1874.

Annales de la Société d'hydrologie de Paris (t. XIX).
Annales de la Société médico-chirurgicale de Liége (1874).
Bulletin de l'Académie royale de Belgique (1874).
Bulletin de la Société d'anthropologie (1874).
Bulletin de la Société médicale de Reims (1874).
Bulletin de la Société médicale du nord de la France (1874).
Bulletin de la Société chimique de Paris (1874).
Compte-rendu des travaux de la Société protectrice de l'enfance de Lyon (1874).
Comptes-rendus des travaux de la Société médico-chirurgicale de Toulouse (1873).
Journal de médecine de l'Ouest (1874).
Journal de médecine, de chirurgie et de pharmacologie de Bruxelles (1874).
Lyon Médical (1874).
Marseille Médical (1874).
Mémoires et bulletin de la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux (1874).
Mémoires et bulletin de la Société médicale des hôpitaux de Paris (1873).
Mémoires de la Société de médecine de Strasbourg (t. X).
Recueil des actes du Comité médical des Bouches-du-Rhône (t. XIII).

ARMAINGAND ET LEVIEUX. — Des réformes dont nos institutions publiques sont susceptibles. Bordeaux, 1873.

BESNIER. — Comptes-rendus de la Commission des maladies régnantes faites à la Société médicale des hôpitaux de Paris (1873).
— Contribution à l'étude des épidémies cholériques, 1866-73. Paris, 1874.

BUDGE. — Compendium de physiologie humaine, traduit par E. Vincent. Paris, 1874.

CORNEVIN. — Du demodex caninus et de la maladie qu'il occasionne. Lyon, 1868.

DAGONET. — Asiles d'aliénés. Paris, 1874.

Digitized by Google

Louis JULLIEN. — De l'amputation du pénis. Th. Paris, 1874.
— Recherches statistiques sur l'étiologie de la syphilis tertiaire. Paris, 1874.

LÉTIÉVANT. — Traité des sections nerveuses. Paris, 1873.

MARDUEL. — Sur la méthode du professeur Esmarch pour assurer l'hémostase dans les opérations. Lyon, 1874.

ROLLET. — Rapport sur l'épidémie de fièvre typhoïde qui a régné à Lyon aux mois d'avril et mai 1874. Lyon, 1874.

SMITHSONIAN Report. Washington, 1873.

Digitized by Google

NB 543

176

Paris,

surér

gné à

Digitized by Google

Digitized by Google